（公社）日本顎顔面インプラント学会認定研修施設

**変更届**

研修施設の代表指導医が変更する場合下記の事項を記入して申請してください。（変更箇所を囲んでください）

施設名（楷書）　ふりがな　　英文施設名　　施設住所

代表指導医〔変更後の指導医名です〕

記入者および連絡先（代表指導医と記入者が異なる場合です。同じ場合は

記載は不要です）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| ふりがな |  |
| 英文読み |  |
| 住　所 | 〒　　　－  電話番号　　　　　（　　　　） |
| 代表指導医 | 氏名　　　　　　　　　　指導医番号  メールアドレス |
| \*記入者および連絡先 | 氏名  連絡先  メールアドレス |

　　年　月　日

（返信先　学会事務局）

（公社）日本顎顔面インプラント学会　事務局

〒108-0014　東京都港区芝5―29―22―805

jamioffice@gmail.com