



口腔統合医療研究会  
口腔ヒアルロン酸治療認定医 認定審査  
申 請 書

私は、所定の受験要件を満たしたため、口腔ヒアルロン酸治療認定医 認定審査を申請いたします。

申請年月日 平成 年 月 日			
氏 名	Ⓜ	氏名英字	
		会員番号	
住 所	〒		
電話番号		FAX 番号	
E メールアドレス (PC 用)			

口腔統合医療研究会定款第3条第2項ならびに細則第4条第5条に基づき、下記受験資格の各項目をすべて満たしている者を認定委員会及び理事会の承認により、試験・審査受験者として認めるものとする。

\*口腔ヒアルロン酸治療認定医 認定審査 受験資格 (チェックリスト)

- 本研究会の会員であること。
- 口腔ヒアルロン酸治療検定試験に合格し、合格証の写しが提出できること。
- ヒアルロン酸を用いた治療 (歯肉・法令線・口角溝・口唇の各1症例ずつ、計4症例) の症例報告 (施術前後の写真を含む、形式は自由) が提出できること。
- 審査料 (31,500 円)、認定登録料 (52,500 円) の納入が確認できること。

\*ご送金先

ゆうちょ銀行 記号 15450 番号 14713601  
 ゆうちょ銀行 五四八 (ゴヨンハチ) 支店 普通 1471360  
 名義: コウクウトウゴウイリョウケンキュウカイ

研究会記載欄 (ご記入は不要です)

ID	入会年月日	研究会内受賞 功 績
会員氏名 会員番号		試験・審査 結果 合・再・再合・再否・検討 ( )
受験要件確認	確認済・確認中・確認不可	所属医療機関
参加状況	講習会 回	DVD受講 回
学会協力		活動内容
その他要件		納付状況
推 薦 者	理事	評議委員

口腔統合医療研究会 認定委員会

FAX 送信先: 03-5843-3616