

認定試験申込書

20 年 月 日

お申込みされる認定にチェックをお願いします。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Authority of Implantology (指導医) | <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 |
| <input type="checkbox"/> Clinical of Oral Implantology (認定医) | <input type="checkbox"/> インプラントコーディネーター |
| | <input type="checkbox"/> 認定歯科技工士 |

※受験者は教育講演の参加費は無料となります。

※Authority of Implantology(指導医)は Clinical の認定が必要です。

※認定歯科衛生士は、コーディネーターの認定が必要です

* 氏 名	会員 ・ 非会員
* 氏 名 ローマ字	
* 所属機関名	
* 所属先住所 〒	
* 所属先 TEL	所属先 FAX
* 自宅住所 〒	
* 個人の連絡先 (以下のどちらか記入) 自宅 TEL : 携帯番号 :	* メールアドレス (PC メールに対応すること) パソコン : 携帯 :

* は必須記入事項です

下記をお読み頂き、全ての項目にチェックし、サインをお願いします。

- 私は国際口腔インプラント学会ホームページに記載されている手順に従い、認定試験を申込みます。
- 教育講演を聴講します。
- 申請書類一式をホームページよりダウンロードし、A4 用紙に印刷し、必要書類をまとめ、提出する事を理解しました。
- 申請に要する料金を確認し、すみやかに入金します。
- 入金が行われない場合、受験出来ない事を理解しました。
- メールアドレスは ISOI からの連絡 (PC メール) を受け取ることが出来ます。
- メールアドレス/住所などの連絡先の変更があったときは速やかに連絡します。
- 認定資格取得後は、5年間で50ポイント以上の学びに努め、認定更新料を支払って更新手続きが必要なことを理解しました。

氏 名 (署名) _____