

日本口腔顔面痛学会
痛み専門医療者資格審査委員長 殿

平成 年 月 日

認定 NPO 法人いたみ医学研究情報センター
「からだ・運動器の痛み専門医療者認定試験」受験資格審査申請書

私は、日本口腔顔面痛学会の正会員または準会員として、認定 NPO 法人いたみ医学研究情報センター「からだ・運動器の痛み専門医療者認定試験」の受験を希望します。
受験に際し、「日本口腔顔面痛学会 痛み専門医療者資格審査規程」の第 4 条，第 5 条，第 6 条ならびに第 7 条に準じて，以下の通り申請しますので，審査いただきますようお願いいたします。

記

対象試験 第 2 回からだ・運動器の痛み専門医療者認定試験
日時 平成 29 年 6 月 18 日（日） 15：40～17：00
会場 梅田センタービル（大阪市北区中崎西 2 丁目 4 番 12 号）

申請者情報

ふりがな	
氏名	会員番号：
所属機関名	
職種	歯科医師・医師・歯科衛生士・歯科技工士・看護師・薬剤師・ 鍼灸師・臨床心理士・医療ソーシャルワーカー・ その他（ ）
申請者住所 (受験資格結果送付先)	〒
申請者連絡先	TEL： (携帯・所属先・自宅) Email：

痛み専門医療者資格審査基準

日本口腔顔面痛学会「痛み専門医療者資格審査基準」

(1) 当学会の正会員または準会員になって3年以上経過（申請書提出時）していること。

(2) 口腔顔面痛専門医であること，または口腔顔面痛専門医試験に合格して5年以内であること。

(1) ☐ 正会員（3年以上） ☐ 準会員（3年以上） （確認のため☑）

(2) ☐ 口腔顔面痛専門医

☐ 口腔顔面痛専門医試験に合格後5年以内 （確認のため☑）

*受験申請

当受験資格審査申請書は，簡易書留またはレターパックにて下記まで郵送してください。

申請期間 平成29年5月10日～平成29年5月20日（当日消印有効）

申込先 〒135-0033 東京都江東区深川 2-4-11

一ツ橋印刷株式会社 学会事務センター内

一般社団法人日本口腔顔面痛学会事務局（痛み専門医療者資格審査委員会）宛

以上