

一般社団法人 日本栄養治療学会
認定歯科医資格 復活願

(西暦) 年 月 日

一般社団法人 日本栄養治療学会
認定・資格制度委員会 委員長 殿

私は日本栄養治療学会「認定歯科医制度規約施行細則」第 12 条に基づき、
認定歯科医の復活を希望します。
復活願いの提出にあたっては、以下の条件を満たして申請することを誓います。

【認定歯科医制度規約施行細則 第 12 条（抜粋）】

- ・日本栄養治療学会の会員歴を継続しており、かつ会費を完納していること。
- ・所定の書式にて認定歯科医資格復活願を提出すること。（本紙）
- ・認定歯科医資格の復活を希望する年（復活・更新申請年）から起算して、
過去 5 年以内に認定歯科医資格の更新条件を満たしていること。

申請者氏名 _____ ⑩

（自署、捺印のこと）

■資格を失効された理由を以下にご記入ください。

--

■事務局記入欄

受付日付	会員番号	年会費完納	確認印
年 月 日	N _____	完納・未納	