

第1号様式

*受付年月日：令和 年 月 日

* 受付番号：_____

日本口腔検査学会認定歯科衛生士認定申請書

令和 年 月 日

日本口腔検査学会理事長殿

私は日本口腔検査学会認定歯科衛生士の認定を受けたく、申請書類および認定申請料を添えて申請いたします。

| | |
|----------------|--|
| フリガナ | (会員番号： —) |
| 申請者氏名 | |
| 英字氏名 | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) (男 ・ 女) |
| 自宅住所 | 〒 — 電話 — — E-mail : _____@_____ |
| 勤務先又は 開業医院名 | (所属科名) |
| 同上所在地 | 〒 — 電話 — — |
| 備考* | |

記入注意： 1) 勤務している場合は所属科名も記入のこと

2) *欄は記入しないこと

添付書類： 1) 履歴書（第2号様式）

2) 取得単位申告書（第3号様式）

3) 学会参加証および学会抄録の写し（コピー）

4) 口腔検査に関する業績目録（第4号様式）

5) 日本口腔検査学会会員歴証明書（第2号様式履歴書に含む）

6) 歯科衛生士免許証の写し（コピー）