様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　　年　　月　　日

公益社団法人　日本歯科衛生士会

　　会長　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　 申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　 会員番号

　　　　　　　　　　　　　　 所属会（　　　　　）歯科衛生士会

指　定　研　修　申　請　書

公益社団法人日本歯科衛生士会生涯研修制度における指定研修を下記のとおり修了したので申請いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 区　　　分 | 教育機関・施設名 | 卒業・修了年月日 |
| １ | ４年制大学課程卒業  学士（　　　　　） |  |  |
| ２ | 大学院（修士・博士）課程修了  修士（　　　　　）  博士（　　　　　） |  |  |
| ３ | 専攻科および病院等の  臨床研修課程修了 |  |  |

１　上記１、２、３より該当するものを選択してください。

・（　）内には学位記に明記されている専攻分野を記入してください。

２　歯科衛生士免許取得日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日