様式８

令和　　年　　月　　日

　公益社団法人日本歯科衛生士会

会　長　　　　　　　　　　様

申請団体

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　㊞

認定更新生涯研修指定申請書の送付について

　本会が開催する研修を貴会の認定更新生涯研修として指定していただきたく、申請いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 種　　類 | 部　数 | 備　　考 |
| １ | 認定更新生涯研修指定申請書 |  | 様式９ |
| 通信欄 | | | |

様式９

日本歯科衛生士会認定更新生涯研修指定申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定分野 | 生活習慣病予防　　摂食嚥下リハビリテーション　　在宅療養指導・口腔機能管理  糖尿病予防指導　　医科歯科連携・口腔機能管理　　　歯科医療安全管理  障害者歯科　　　　老年歯科　　　口腔衛生　（ 地域歯科保健　口腔保健管理 ）  う蝕予防管理 | | |
| 研修会の名称 |  | | |
| 主催者名 |  | | |
| 申請者名 |  | | |
| 連絡先 | 〒　　　　－ | | |
|  |  | | |
|  | Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax： | | |
|  | E-mail | | |
| 開催年月日 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　月　　　　　日　　　日間 | | |
| 開催時間 | 時　　　　分　～　　　　時　　　　分 | | |
| 開催会場 | 〒　　　　－ | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 講　　　師 | 講師名 | 職種 | 認定資格の有無 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 実習の有無 | 有　　・　　無 | | |
| 受講人数 | 名 | | |

※　認定分野は該当する分野を○で囲んでください