**学校歯科医生涯研修制度　令和５年度専門研修（８月５日～６日開催）**

**受　講　申　込　書**

＊欄外の記載事項にご注意の上、枠内をボールペンまたは万年筆でご記入いただき、郵送にて下記送付先までお送り下さい。

　送付先：〒102-0073　東京都千代田区九段北4—1—20　歯科医師会館４階　　公益社団法人日本学校歯科医会「専門研修」受講係

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  **申込者氏名** |  | | | |
| **申込者診療所住所** | 〒 | | | |
| **電話番号** |  | **FAX番号** | |  |
| **学校種別**  ※該当するものを〇でお囲み下さい | **保育園　　　・　　　　幼稚園　　　　・　　　　小学校　　　　・　　　　中学校　　　・　　　　高等学校　　　・　　　　特別支援学校** | | | |
| **所属加盟団体名** |  | | | |
| **基礎研修または**  **更新研修修了年月日** | 年　　　　月　　　　日　開催分 | | **日歯EシステムID**  **（６ケタの数字）** |  |
| **ホームページへの**  **氏名掲載の可否** | 可　　　　　　・　　　　　　不可 | | | |

＊所属加盟団体名欄には、日本学校歯科医会の加盟団体（都道府県学校歯科医会・歯科医師会・一部の政令指定都市学校歯科医会・歯科医師会名）を記入してください。

＊日歯EシステムID記入欄には、日歯生涯研修事業受講研修登録用の「ICカード」表面に記載されている６ケタの数字をご記入ください。

＊申込書は申込期間内必着（但し、申込期間開始日の消印より有効）。申込期間開始日前の消印のもの、申し込み期間を過ぎて到着したものは無効となりますのでご注意下さい。