

② 障害者歯科個別研修会【アドバンスコース】申込書

記入日：令和 2 年 月 日

1 希 望 回	第1希望：令和2年度 回	第2希望：令和2年度 回
2 職 種	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	
3 ふりがな 氏 名		
4 所 属	所属歯科医師会：	
	地区センター協力医ですか？： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> いいえ	
	勤務先名称：	
	勤務先住所： 〒	
連絡先住所（上記と異なる場合のみ記入）： 〒		
勤務先電話番号：		
連絡先電話番号（上記と異なる場合のみ記入）：		
5 出身校・卒業年	大学・学校／	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年卒
6 障害者歯科・ 小児歯科の経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 具体的に：..... (診療人数等).....	
7 基礎コースまたは H17以前の個別研修 受講年度	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年度（第 回）修了 <input type="checkbox"/> 令和	
8 研修対象患者の 希望疾患・年齢 (発達障害のみ)		
9 診療・予防に対する 要望等	

★申込期間 第1回 令和2年3月2日から5月1日まで 第2回 令和2年9月1日から10月2日まで
第3回 令和2年11月2日から12月28日まで
※受付が完了しましたら、この用紙に済み印を押したものをFAXにて返送いたします。1週間たっても返送がない場合は、お手数ですが当センター研修担当までお問い合わせください。
なお、研修生の決定につきましては、別に文書にて送付いたします。