

FAX : (024) 938-9192

奥羽大学歯学部附属病院 宛

臨床研修施設指定申請申込書

申込年月日：令和 年 月 日

* 指定申請区分 (どちらか一方にチェック)	<input type="checkbox"/> 協力型施設	<input type="checkbox"/> 連携型施設	<input type="checkbox"/> 研修協力施設
フリガナ * 貴施設名称			
* 開設年月日 (※開設暦3年以上)	西暦	年	月 日開設
* 常勤歯科医師数	名	※協力型臨床研修施設の指定申請の場合は、2名以上の常勤歯科医師、内常勤の指導歯科医1名が必須条件です。	
フリガナ * 施設管理者氏名	氏	名	
* 管理者出身大学			
* 住 所 (連絡先)	〒	—	
* 電話番号	—	—	
* F A X	—	—	
(※フリガナ) ホームページ (ブロック体で記入)	http://		
(※フリガナ) メールアドレス (ブロック体で記入)		@	
フリガナ * 事務担当者氏名	氏	名	
* 指導歯科医講習会 受講状況	<input type="checkbox"/> 未受講	<input type="checkbox"/> 受講済	※主催団体と講習会名称および修了年月日をご記入ください 講習会名称： 終了年月日：平成・令和 年 月 日

上記ご記入のうえFAXでお送りください。

*は必須項目です。漏れなくご記入ください。

※ホームページ、メールアドレスのフリガナ欄には、— (ハイフン) と_ (アンダーバー) i (アイ) とl (エル) と1 (イチ)、z (ゼット) と2 (ニ)、o (オー) と0 (ゼロ) 等判読できるよう付記願います。