

FAX:(024)938-9192

E-mail:kensyu@jim.ohu-u.ac.jp

奥羽大学歯学部附属病院 宛

### 歯科医師臨床研修指導歯科医講習会 参加申込書

申込年月日: 年 月 日

フリガナ 参加者氏名	氏	名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生
出身大学				
臨床経験年数 ※1				
認定医・専門医の資格				
診療所 (勤務先)	フリガナ 施設名称	※勤務先が大学病院の場合は、所属する診療科もご記入ください。		
	住所	〒	—	
	電話番号	—	—	
	F A X	—	—	
参加者 連絡先	携帯番号	—	—	
	メールアドレス		@	
質問事項等				

※1 7年以上の臨床経験を有している、もしくは5年以上の臨床経験を有し日本歯科医学会専門部会の認定医・専門医の資格を有していることが必須

上記ご記入のうえFAXまたはメールでお送りください。

全て必須項目です。漏れなくご記入ください。