

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	☐ 男 ☐ 女
生年月日		☐ 昭和 ☐ 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。