様式1

**認定歯科衛生士認定申請書**

申請年月日　　西暦　　　　年　　月　　日

特定非営利活動法人日本歯周病学会

歯科衛生士関連委員会　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふ　り　が　な

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

日本歯周病学会認定歯科衛生士制度規則に基づき、認定歯科衛生士の認定を受けたく認定申請料（振込時領収書のコピー、オンライン決済の場合はその画面のコピー）を添え、下記の関係書類を提出致しますので審査願い上げます。

記

１．履歴書　　（様式2）

２．日本歯周病学会会員証明証　　（様式3）

３．実務経験単位取得証明書　　（様式4）

４．在職機関所属長の認定歯科衛生士推薦書　　（様式5）

５．歯科衛生士免許証のコピー ＜A4版に縮小コピーしてください＞

６．在職機関所属長の検印を受けた申請患者一覧表（様式6）

７．症例報告書（様式7-1）

８．症例報告書（様式7-2）

９．症例報告書（様式8）

（注１）申請書類の日付は、西暦年号に統一して記載してください。

（注２）上記２の書類（様式3）は、申請者本人名以外記入不要です。