**日本歯周病学会地域活動賞 受賞候補者調書**

※日時は「和暦\*\*(西暦\*\*\*\*)年」で記載すること　　　　　　　　　　　　　　　　※受付第　　　号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名（ふりがな） | | | | 代表者役職　　氏名（ふりがな） | | | | ※　新 |
| ※　再  ※(　　　) |
| 所在地（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話）  〒 | | | | | | | | |
| 団  体  の  概  要 |  | | | | 表　　　　　彰　　　　　歴 | | | |
| 年　月 | 表彰主体 | 表　彰　事　項 | |
|  |  |  | |
| 推  薦  事  項 |  | | | | 歯周病治療に関する歯科保健活動継続年数  　　　年　　　　か月  （　　　　年　　　月　～　　　　年　　　月） | | | |
| 推薦者（役職・氏名並びに住所） | | | |
| 業  績  の  概  要 | 期　　　間 | 年　　数 | 歯周病治療に関する歯科保健活動の内容 | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 提　出　し　た　参　考　資　料　リ　ス　ト | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

　　調書作成者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　《※は記入しないでください》

　　　　所在地(電話)　〒

　　　　役　職

　　　　氏　名(ふりがな)