様式4-3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 地域医療における活動＊１） | |
|  | 年　　月　　日 | 具体的な活動内容 （歯周病専門医取得後、直近7年間の記録を新しいものから記載してください。） |
|  |  |  |

\*１）日本歯科医師会，各都道府県歯科医師会および卒後研修として認められている会合等を記入してください。

特定非営利活動法人日本歯周病学会