年　　　月　　　日

日本歯周病学会　歯科衛生士関連委員会

**委員長　　殿**

日本歯周病学会認定歯科衛生士制度

**生涯研修単位　申請書**

下記の研修会を日本歯周病学会認定歯科衛生士制度施行細則（附表2-1）に基づく 『9)その他の歯周研修（5単位）』としてお認め頂きたく、ここに申請いたしますので、よろしくお願い申し上げます。

申請者氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会の名称 | 設立年月日　　　　　年　　　月　　　日 |
| 主催団体名申請者もしくは代表者の連絡先 | ※ 過去に開催した類似の研修会があれば、開催回数、実績などを記載ください。　　　　　　　　※メールアドレスを必ず記載下さい。　　　　　　　　　　　　　 |
| 開　催　地 | 会場名所在地 |
| 開催日時 | 令和　　　（西暦　　　　　）年　　　　月　　　　日（　）　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 |
| 対象者 |  |
| 参加予定者数 | 　　　　　　　　 |
| 研修会の内容（プログラム・講師名等） | ※ この欄に簡潔に記載し、歯周治療に関わる研修会の内容がわかり、申し込み方法が明記されている「案内チラシ」を別に添付してください。 |
| 備考 | ※ これより下は、記載しないでください。承　認　日 ：　令和　　　（西暦　　　　　）年　　　月　　　日単位証明書送付日：令和　　　（西暦　　　　　）年　　　月　　　日 |

注1)申請締切日：研修会開催日時の１ヶ月前

注2)承認された場合、本学会認定歯科衛生士リーフレットを会場で配付願います。