

※受付番号	第	号
※受付年月日	年	月 日

日本口腔リハビリテーション学会認定口腔リハビリテーション歯科衛生士申請書

年 月 日

日本口腔リハビリテーション学会認定委員会 殿

私は日本口腔リハビリテーション学会認定歯科衛生士の認定を受けたく、必要書類および認定申請料を添えて申請します。

フリガナ					印
申請者氏名					
生年月日	年	月	日	男・女	※会員No.
自宅住所	〒 電話				
勤務先または 開業医院名	(所属科名または標榜科名)				
同上所在地	〒 電話				
備 考※					

- 記入注意：1) 黒インクまたは黒ボールペンを使用し、楷書にて記入してください。
2) 勤務している方は所属科名を記入してください。
3) ※の欄は、記入しないでください。

申請料（1万円）は、郵便振替で「日本口腔リハビリテーション学会認定委員会」（口座番号：00180-2-363344）の口座に送金し、本申請書に郵便振替払込受領書のコピーを添付すること。
但し、一度振り込まれた申請料は返却されません。

履歴書（口腔リハビリテーション歯科衛生士申請用）

年 月 日

フリガナ			
氏 名	(印)		
生年月日	年	月	日
年 齢	歳		
性 別	男 ・ 女		
自宅住所	〒	TEL	FAX
現勤務先名			
同上所在地	〒	TEL	FAX
学歴（最終学歴）および職歴			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
歯科衛生士免許証	第	号 ・	年 月 日 取得
会 員 歴			
※連続している場合	年 ～ 現在		
	年 月 ～ 年 月		

記入注意：※の欄は記入しないでください。

日本口腔リハビリテーション学会会員証明書

年 月 日

日本口腔リハビリテーション学会

理事長 覚道健治

下記の者は日本口腔リハビリテーション学会会員であることを証明する。

フリガナ				
氏 名	®			
会 員 歴				
※連続している場合	年 ～ 現在			
※断続している場合	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月

記入注意：※の欄は記入しないでください。

日本口腔リハビリテーション学会学術大会
・ 口腔リハビリテーション研修（講習会）出席記録

氏名

印

学術大会		単位数	※確認印
第	回 日本口腔リハビリテーション学会学術大会		
第	回 日本口腔リハビリテーション学会学術大会		
第	回 認定歯科衛生士研修会（講習会）		
第	回 認定歯科衛生士研修会（講習会）		

※の欄は記入しないで下さい。

年 月 日提出

業績目録(口腔リハビリテーション歯科衛生士申請用)

申請者氏名

㊞

[論文発表] ※例にならって記入して下さい。

記入例	著者名(発表順):	雑誌名:
		日本口腔リハビリテーション学会誌
	論文名:	巻号,頁,年:12巻2号,1頁～5頁,2000年
1	著者名(発表順):	
		巻 号, 頁～ 頁, 年
	論文名:	
2	著者名(発表順):	
		巻 号, 頁～ 頁, 年
	論文名:	
3	著者名(発表順):	
		巻 号, 頁～ 頁, 年
	論文名:	
4	著者名(発表順):	
		巻 号, 頁～ 頁, 年
	論文名:	

年 月 日提出

- (注) 1) 著者名は、申請者に○印、共著者を含むこと。
2) 記載した論文の別刷あるいは写しを添付して下さい。
3) 用紙が足りなければ、この用紙をコピーして使用して下さい。

業績目録(口腔リハビリテーション歯科衛生士申請用)

申請者氏名 ㊞

[学会発表] ※例にならって記入して下さい。

記入例	演者名(抄録順):	学術大会名: 第 回日本口腔リハビリテーション学会
	演題名:	発表年月日: 年 月 日
1	演者名(抄録順):	学術大会名:
	演題名:	発表年月日: 年 月 日
2	演者名(抄録順):	学術大会名:
	演題名:	発表年月日: 年 月 日
3	演者名(抄録順):	学術大会名:
	演題名:	発表年月日: 年 月 日
4	演者名(抄録順):	学術大会名:
	演題名:	発表年月日: 年 月 日

年 月 日提出

- (注)1)演者名は、抄録記載順とし、申請者に○印、共著者を含むこと。
2)発表を行った抄録の写しを添付して下さい。
3)用紙が足りなければ、この用紙をコピーして使用して下さい。