

様式 1

国際歯周内科学研究会 認定歯科衛生士認定申請書

申請年月日 西暦 年 月 日

一般社団法人 国際歯周内科学研究会 認定歯科衛生士委員会 御中

ふりがな

申請者氏名



国際歯周内科学研究会認定歯科衛生士制度規則に基づき、国際歯周内科学研究会認定歯科衛生士の認定を受けたく認定申請料（銀行振込金の受領証のコピー）を添え、下記の関係書類を提出致しますので審査願います。

1. 履歴書（様式 2）
2. 歯科医院勤務実績証明書（様式 3）
3. 研究会研修実績報告書（様式 4）
4. 歯周内科治療症例 1 症例（様式 5）
5. 小論文提出（様式 6）
6. 歯科衛生士免許証（コピー（A4判縮小コピー可））
7. カラー顔写真 1 枚（パスポートサイズ 4.5 cm × 3.5 cm ・裏面に氏名記載のこと）
8. 申請料 5,000 円
9. 認定登録手数料 10,000 円