

取扱注意

令和 年 月 日

# 自己推薦状

該当する項目にチェックを入れてください

- 「在宅療養指導・口腔機能管理」認定を有する
- 「摂食嚥下リハビリテーション」認定を有する
- 卒後研修必修プログラム全課程修了

フリガナ	
氏名	
チェックを入れてください <input type="checkbox"/> 兵庫県歯科衛生士会会員 (会員の方は会員番号・支部名をご記入ください) 会員番号： 支部名： <input type="checkbox"/> 会員外	
住所	〒 -
連絡先	-
メールアドレス	
勤務先及び口腔健康管理を実施している施設等	
在宅・施設での口腔健康管理業務経験年数	年 月
志望事由	
令和8年10月4日 生涯歯科保健研修会の受講	<input type="checkbox"/> 受講できる <input type="checkbox"/> 受講できない (別途代替え受講研修会をご案内します)

※自己推薦状の情報は、この事業以外には使用いたしません