

様式 1

千葉県歯科医学会認定歯科衛生士 認定（更新）申請書

申請年月日 令和 年 月 日

千葉県歯科医学会認定委員会 御中

ふりがな
申請者氏名

住所〒

連絡先 TEL

E-MAIL

認定歯科衛生士登録番号：

号

(※更新の方は認定証に記載の登録番号をご記入ください)

千葉県歯科医学会認定歯科衛生士制度規則に基づき、下記の関係書類を提出致しますので、認定歯科衛生士の認定（更新）審査をお願いします。

記

1. 在籍証明書（様式 2）
2. 研修実績報告書（様式 3）
3. 在職機関所属長の認定歯科衛生士推薦書（様式 4）※更新の方は提出の必要はありません
4. 歯科衛生士免許証の写し（A4 版縮小コピーでも可）※更新の方は提出の必要はありません

【事務局審査】