茨城県歯科医師会公認スポーツデンティスト養成講習会　受講申込書

フリガナ			
氏名			性別
ローマ字表記 （全て大文字）			男 ・ 女
生年月日	昭和 ・平成　　年　　月　　日		年齢 歳

顔写真貼付
3ヶ月以内に
撮影したもの
(4cm×3cm)

写真の裏面には必ず
氏名を記入してください。

診療所名			所属	地区歯科医師会
診療所住所	〒　　－			
	TEL （ハイフンで区切る）	-　　-	FAX （ハイフンで区切る）	-　　-
	メールアドレス			
緊急連絡先	携帯TEL （ハイフンで区切る）	-　　-	携帯メール ※	

※携帯メールは、養成講習会の開催期間中などに災害が発生し、携帯電話の通話ができない場合に連絡するためのものであり、通常の連絡で使用することはありません。

＜医療資格系情報＞

平成29年4月1日時点で歯科医師免許取得後4年が経過（平成25年4月1日以前に取得）していること。

歯科医師 免許取得日	昭和・平成　　年　月　日	免許番号 （A4サイズ写し添付）	
最終学歴	※大学（大学院）、学部、学科ほか		卒業・修了年度 昭和・平成　　年　　卒業・修了

受講修了後の情報公開について	主に携わっているスポーツ（3つまで）
スポーツデンティストの普及、社会的認知度向上の観点から、 同意を得られた受講修了者の氏名、関連スポーツ、勤務先歯科医院を 茨城県歯科医師会ホームページに公開する予定です。 情報公開の可否について、該当する方に〇をしてください。	① ②
情報公開について　了承する ・ 了承しない	③

いばらきスポーツデンティストの資格取得動機を記入してください。

スポーツ歯科分野での活動歴、スポーツ団体（体育協会、競技団体等）との関わりあるいは今後の活動目標について記入してください。

資格取得後、スポーツデンティストとして取り組みたい活動に〇をしてください。※複数回答可	
	A　競技会等での医事運営
	B　スポーツクラブ（チーム）の担当歯科医として参画、 選手の健康管理、診療、歯科医学的指導・助言
	C　学校と協力し、歯科医師の立場から体育活動のスポーツ歯科医学的指導・助言
	D　（市民スポーツレベルからトップアスリートまでを含む） スポーツ参加者の歯科メディカルチェック、健康診断、診療など
	E　歯科的トラブルを抱えている人の改善策の作成、あるいはその指導
	F　その他（ご記入ください）

■ マウスガード講習会希望時間帯　【 午前 ・ 午後 ・ どちらでも良い 】

お申し込みの状況によっては、ご希望に添えないこともございます。調整させていただきますのでご了承願います。