別添2-1

**令和３年度九州大学病院歯科医師臨床研修指導歯科医講習会**

**参 加 申 込 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　九 州 大 学 病 院 長　　殿

　令和３年度歯科医師臨床研修指導歯科医講習会に参加したいので、下記のとおり申込みします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 　施 設 名（医院名） |  |
| 所 属（診療科名） |  |
| 役 職 名（身分） |  |
|  ふ り が な　　氏　　 名　 |  |
| 　　生 年 月 日 | 　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 　　臨床経験年数 | 　 　　　　　年 |
| 　Googleのメールアドレス(グループ作業で使用のため) |  |
| 　　連 絡 先 | 携帯電話　： |
| E-mail ： |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　送付先　九州大学病院臨床教育研修センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX 092-642-5219, TEL092-642-5222

 E-mail:kenshu-c@dent.kyushu-u.ac.jp