**（様式2）**

**大阪歯科大学歯科衛生士研修センターフォローアップ研修申込書**

　　　　　　　　　　お名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　出身校（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　連絡先番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　・迷惑メール対策等でPCアドレスを拒否されている方は当センターのアドレスを許可して下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　・Gmailをお使いの場合、届かないことがございます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　返信のない場合はFAXまたはお電話でお問い合わせ下さい。Gmail以外のアドレスをお持ちの方はそちらを

　　　　　　　　　　　　　　　　　　お使い下さい。

研修希望時期　（　）2021年11月　　　(　)　2022年3月

　　　　　　　　　　　　　　　ご希望の時期に〇印をご記入下さい。

**臨床研修診療科（1診療科のみ4日間の研修となります）**

**研修時間9時30分～16時30分**

初日午前は臨床研修に必要なオリエンテーションを行います。

ご希望の診療科（3科まで選べます）に〇印をご記入下さい。

矯正歯科、小児歯科は土曜日診療を行っていますので日程は相談に応じます。

　（　）保存修復・歯内治療・歯周治療科

（　）高齢者歯科

（　）補綴咬合治療科

（　）口腔外科

（　）矯正歯科

（　）小児歯科・障がい者歯科

（　）口腔インプラント科

（　）口腔診断・総合診療科

（　）口腔リハビリテーション科