

(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、届かない場合がございます。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○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○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