

公益社団法人日本障害者歯科学会
当学会より承認された指導医の企画による研修会報告書

公益社団法人日本障害者歯科学会認定医制度細則 12 条第3項③および別表(1)「当学会より承認された指導医の企画による研修会」の終了を報告します。

申請日 年 月 日		企画した日本障害者歯科学会指導医名	
		指導医番号	
連絡先			
TEL ()		e-mail	
研修会の名称			
研修の日時 年 月 日 () 開始 時 終了 時			
研修会開催場所			
研修会の主催者（団体）名			
研修の対象者			
参加人数			
参加認定医名			
研修の内容			
研修会の形態（いずれかに○をご記入ください） 臨床研修 ・ 講演 ・ ワークショップ ・ 症例検討会 ・ その他			
講師氏名		講師氏名	
指導医資格の有無（有 ・ 無）		指導医資格の有無（有 ・ 無）	
事務局欄		委員会欄	
		研修会認定印	

* 認定医・指導医更新の際は、認定確認後に事務局から返送されたこの報告書の写しを提出してください。