NPO 法人　お口の健康ネットワーク　認定歯科衛生士　登録申請書

申請年月日		西暦　　年　　月　　日		
申請者	氏名（ふりがな）	（　　）　印		
	生年月日	西暦　　年　　月　　日		
	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	E-mail			
	卒業歯科衛生士養成機関名		卒業年	
	歯科衛生士免許登録番号		登録年月日	
	当会会員登録番号（※1）			
	当会研修会受講歴	（受講年月）　（研修会名）　（開催地）		
申請者所属先	所属先名			
	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	E-mail			
	当会会員登録番号			
推薦者（※2）	氏名	印		
	住所			

※１．認定歯科衛生士に登録する場合は、当会個人会員として登録する必要があります。現在個人会員でない場合は、本申請書とあわせてお口の健康ネットワーク個人会員の入会申込書を提出してください。
※２．申請書提出時に推薦者が決まっている場合にご記入ください。その際、推薦状も添えてご提出ください。推薦者（本会理事）がいない場合は事務局にご相談ください。

申請書受領日		登録承認日		理事長承認印		登録年月日	