（様式 2）特例認定制度　　**口腔ケアアンバサダー**

申　請　書

年　　月　　日

ふりがな	氏	名	男・女	生年月日	登録料等振込控貼付（コピー可）
氏　名				西暦　年　月　日	
現住所	〒　　－				
e-mail	PC　@ 携帯　@				
職　種			会員番号		
免　許　証	第　　号 令和・昭和・平成　　年　　月　　日　登録				

学歴/職歴

年　月　日	学　歴（高校より）

年　月　日	職　歴

※1. 学歴には、学位・他学会の認定医等もご記入下さい。
※2. 学歴・職歴ともに、欄が足らない場合は当紙をコピーして頂くなどにより、２枚目を作成しご提出ください。

口腔ケアアンバサダー　認定バッジ（2,000 円）　　希望する　・　希望しない

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

手書き用小論文作成欄

（口腔ケアについて 1000 字以内で自由に記載して下さい）

※印刷など別途の方法での提出も可能