

＜都道府県歯科医師会／日本スポーツ歯科医学会推薦＞
平成30年度 日本体育協会公認スポーツデンティスト養成講習会
新規受講申込書

※記入不要

顔写真貼付
 3ヶ月以内に
 撮影したもの
 (4cm×3cm)

写真の裏面には必ず
 氏名を記入してください。

フリガナ			
氏名			性別
ローマ字表記 (全て大文字)			
生年月日 (西暦) yyyy/mm/dd			年齢

(平成30年4月1日時点)

勤務先 (所属部署)	〒 -		
勤務先	TEL (ハイフンで区切る)	- -	FAX (ハイフンで区切る)
	メール		
	緊急連絡先	携帯TEL (ハイフンで区切る)	携帯メール ※

※携帯メールは、養成講習会の開催期間中などに災害が発生し、携帯電話の通話ができない場合に連絡するための
 のものであり、通常の連絡で使用することはありません。

※勤務先以外(自宅など)に資料の送付を希望される場合は以下にご記入ください。

資料 送付先	〒 -		
	TEL (ハイフンで区切る)	- -	FAX (ハイフンで区切る)
	メール		

＜医療資格系情報＞

平成30年4月1日時点で歯科医師免許取得後4年が経過(平成26年4月1日以前に取得)していること。

歯科医師 免許取得日	昭和・平成 年 月 日	免許番号 (A4サイズ写し添付)	
最終学歴	※大学(大学院)、学部、学科ほか		卒業・修了年度 昭和・平成 年 卒業・修了
受講修了後の情報公開について			主に携わっているスポーツ(3つまで) (プルダウン)
公認スポーツデンティストの普及、社会的認知度向上の観点から、 同意を得られた受講修了者の氏名、関連スポーツ、勤務先都道府県を 日本体育協会ホームページに公開するとともに、プレスリリースを出す予定です。 情報公開の可否について、該当する方に○をしてください。			①
			②
情報公開について	了承する・了承しない		③

＜スポーツ歯科医学Ⅱ 免除希望＞ 【該当する場合は○】

保有資格	日本スポーツ歯科医学会認定医	有効期限 昭和・平成 年 月 日
------	----------------	---------------------

※資格証明書写しを添付してください。

【裏面も必ず記入してください】

【必ず記入してください】

期間		職歴	
年	月 ~	年	月
年	月 ~	年	月
年	月 ~	年	月
年	月 ~	年	月
年	月 ~	年	月

公認スポーツデンティストの資格取得動機を記入してください。

スポーツ歯科分野での活動歴、スポーツ団体(都道府県体育協会、競技団体、クラブチーム等)との関わり
あるいは今後の活動目標について記入してください。

資格取得後、スポーツデンティストとして取り組みたい活動に○をしてください。
※複数回答可

<input type="checkbox"/>	A 競技会等での医事運営
<input type="checkbox"/>	B スポーツクラブ(チーム)の担当歯科医として参画、 選手の健康管理、診療、歯科医学的指導・助言
<input type="checkbox"/>	C 学校と協力し、歯科医師の立場から体育活動のスポーツ歯科医学的指導・助言
<input type="checkbox"/>	D (市民スポーツレベルからトップアスリートまでを含む) スポーツ参加者の歯科メディカルチェック、健康診断、診療など
<input type="checkbox"/>	E 歯科的トラブルを抱えている人の改善策の作成、あるいはその指導
<input type="checkbox"/>	F その他(下段に記入)

日本歯科医師会の会員ですか?
「はい」: 役職がある場合は下段に記入してください

はい ・ いいえ

役職

日本体育協会公認スポーツ指導者資格を
保有している方は以下に記入してください

資格名 (プルダウン)	
登録番号 (7桁)	

※スポーツリーダーの方は登録番号の記入は不要です。