

# FAX

## 日本口腔衛生学会歯科衛生士研究活動支援事業 申込書

送付先：日本口腔衛生学会歯科衛生士委員会（FAX：03-3947-8341）

送付枚数：

私こと\_\_\_\_\_は、この FAX にて「日本口腔衛生学会歯科衛生士研究活動支援事業」に研究の相談・指導を依頼いたします。なお、この件につきましては所属上司\_\_\_\_\_の承諾を得ています。

### 相談者記載事項

氏名：

所属の地方会名：

連絡先の住所：〒

TEL 番号：

FAX 番号：

E メールアドレス：

相談・指導を希望する研究テーマと具体的な内容

相談・指導に都合のよい手段・曜日・時間帯、とくに希望するサポーターティングメンバーなどあれば記入