ＮＰＯ法人　お口の健康ネットワーク

**つまようじ法　認定医療機関　申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

申請医療機関名

申請医療機関管理者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

教育講演受講日

　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

教育講演受講会場

教育講演受講者氏名（管理者との続柄）

推薦理事 (認定医療機関管理者名)

各履歴

１団体会員歴　　申請時に必須

　　　　　　　　年間　（初年度登録　　　　　年）

　　　　　　　　　　＊個人会員歴　　　　年間（初年度登録　　　　　年）より移行

２訪問実習歴

申請時より５年以内に受講済みであること。それ以外の場合は受講予約を確定し申請する。

　　　　 ・最新年月日（または受講予定日）

　・実習担当理事名

３本会主催セミナー受講歴

申請時より５年以内に受講済みであること。それ以外の場合は予約を確定した時点で通知。

　 最新年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　会場名

・　　　　年　　　月　　　日

・　　　　年　　　月　　　日

４本会主催研修会（春・秋）受講歴

　申請時より５年以内に2回以上受講済みであること。

最新年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　会場名

・　　　　年　　　月　　　日

・　　　　年　　　月　　　日