（様式 1）

受付番号	第　　号
受付年月日	

日本歯科保健医療国際協力学会

歯学系外国人指導者認定資格申請書

年　　月　　日

日本歯科保健医療国際協力学会理事長　殿

私は日本歯科保健医療国際協力学会歯学系外国人指導者資格制度規則に基づいて指導者の認定を受けたく、必要書類を添えて申請します。

ふりがな	氏	名	印	生年月日
申請者氏名				年　　月　　日
住 所	〒　－ 電話　－　－　FAX　－　－ 携帯電話			
e-mail				
大学名 病院名				
部門名			役職	
同上所在地	〒　－ 電話　－　－ FAX　－　－			

※生年月日は西暦で記入ください。

（様式 2）

履　歴　書

年　　月　　日

ふりがな	氏	名	印	男・女	生年月日
氏　名					年　月　日
現住所	〒　　－				
電話 FAX	－　　－ －　　－	e-mail			
職　　種					
免　許　証	第　　号　（　　） 年　　月　　日　登録				

※免許証には歯科医師等職種も記入ください。また西暦で記入ください

学歴

年　　月　　日	学　歴（高校より）

※学位、認定医、留学、英語検定資格等もご記入下さい。

（様式 3）

職歴並びに海外活動

年　　月　　日	職歴並びに海外活動

※海外での活動等もご記入ください。

日本歯科保健医療国際協力学会会員歴

継続している場合	年　　月　　日より現在まで　　年　　ヶ月
断続している場合 合計会員歴　　年	年　月　日～　年　月　日・　年　月　日 ～　年　月　日
	年　月　日～　年　月　日・　年　月　日 ～　現在まで
学会入会予定	年　　月に入会を予定しています

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（様式 4）

学会及び社会における活動、賞罰等

学会及び社会における活動等	
年　月	事　　項
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
賞　　罰	
年　月	事　　項
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	
年　　月	

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（様式 5）

学会発表

番号	発表者名・タイトルおよび学会名・発表学会名	発表年

※発表年が新しい順にご記載ください。多数の場合は代表的なもの国際学会を中心に合計 40 以内ご記入ください。

※特別講演、教育講演、シンポジウム等も記載してください。

※様式３につきては、必要に応じてコピーして使用してください。

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日　　氏名　　印

（様式 6）

学会誌論文著書掲載

番号	論文種別・著者名・タイトル・掲載雑誌名・巻・号・頁	発表年	IF
IF 合計			

＊ 著書、訳書、論文（原著、臨床等）その他の順でお書き下さい。筆頭者は番号の下にアンダーラインを引いて下さい。

＊論文掲載は、年月の新しい順にご記載下さい。論文（40 編以内）、業績多数の場合は代表論文のみお書きください。

＊様式 6 については、必要に応じてコピーして使用してください。

＊IF が 50 以上、IF 第一発表者 15 以上であればすべて報告する必要はありません。

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日　　氏名　　印

（様式 7）

留学生の受け入れ報告

これまでの受け入れ者数　　名

	国名	性別	期間	留学内容
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日　　氏名　　印

（様式 8）

留学生の指導を行う上での抱負等

＊字数制限はありません。必要に応じてコピーして使用してください。

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日　　氏名　　印