**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**

**新規受講者 推薦書**

**【推薦期限】平成30年5月11日（金）本会必着**

**※　推薦の有無にかかわらず、この推薦書は必ず提出してください（FAX：03-3481-2284）**

1. 標記養成講習会受講希望者の推薦を　　（1）する　　（2）しない　　（どちらかに〇）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  ①受講希望者名 | ②選考基準（満たしている基準の番号と役職等を具体的に記入してください） | ③推薦団体でのこれまでの主な活動実績  （具体的に記入してください） | ④資格取得後推薦団体での活用方法  （具体的に記入してください） |
|  | 選考基準  （　　　　　） |  |  |

* 審査の結果、受講内定者として選考されない場合もありますので、予めご承知おきください。
* 上記項目も審査の対象となりますので必ず記入してください。

1. 推薦者を決定した会議体の名称をご記入ください（例：○○医科学委員会にて決定等）。

|  |
| --- |
|  |

* + いずれかの会議体の承認がない場合、審査の対象になりません。

1. スポーツマウスガードの装着など、歯の外傷予防に関する競技規則等がありますか？　　（1）ある （2）ない　　　（どちらかに○）

（1）の場合は、競技規則等の資料を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 事務局担当者名 |  |
| 担当者連絡先（E-mail） |  | 担当者連絡先（TEL） |  |