**(書式１）**

**参加申込書（大学用）**

２０２４年　　月　　日

公益社団法人日本歯科医師会 御中

令和６年度日本歯科医師会

スチューデント・クリニシャン・リサーチ・プログラム（SCRP）

参加申込書

本年度、本学はスチューデント・クリニシャン・リサーチ・プログラムの主旨に

賛同し、SCRP日本代表選抜大会に参加しますので、ここに申し込みをいたします。

【提出締切日：２０２４年５月７日（火）必着】

|  |  |
| --- | --- |
| 大学名（学部名） | （和文） |
|  | （英文） |
| 代表者名  （学長／学部長） | （和文） 　 　　　　　　**＊公印を必ず押印すること**  　　　　　　　　　　　　　　　　印＊ |
|  | （英文） |
| 教務課/学生課 | 氏名:    TEL:　　　　　 　 Email: |
| 所在地 | (和文)〒 |