**[書式1]**

**参加申込書（大学用）**

参加大学は応募の際、この参加申込書を用い、参加意思を表明すること。
(締切日：２０２０年７月２０日)

２０２０年　　月　　日

公益社団法人日本歯科医師会御中

令和２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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |
| ﾌｧｶﾙﾃｨｰ･ｱﾄﾞﾊﾞｲｻﾞｰ | 氏 名（和文） |
|  | 　　 （英文） |
|  | 講座名（和文）役職名 (和文) |
|  | TEL:　　　　　　　 　　 Email: |
| 教務課/学生課　　　　 | 氏名:　 TEL:　　　　　 　 Email:　　　　 |
|  住　　　所 | (和文)〒 |
| 審査希望 | 　□ 1.臨床系（公衆衛生を含む）　　□ 2.基礎系 |
| 夏休み期間（学生） | 　　　　月　　　　日　　～　　　　月　　　　　日 |