**（書式２）**

**大学代表通知書（１/２）**

２０２３年　　月　　日

公益社団法人日本歯科医師会 御中

令和５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）

大学代表通知書

本年度、本学からは、以下の者を大学代表/スチューデント・クリニシャンとして

選出し、SCRP日本代表選抜大会に参加させますので、通知します。

【提出締切日：２０２３年７月３日（月）必着】

|  |  |
| --- | --- |
| 大学名（学部名） | （和文） |
|  | （英文） |
| 代表者名 （学長／学部長） | 　　**＊公印を必ず押印すること**（和文）　　　 印＊ |
|  | （英文） |
| スチューデント・ クリニシャン名[楷書体による自署] | （和文）　フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （英文名の綴りは、必ずご本人にご確認下さい。） | （英文）　 |
| 連絡先 | TEL:　　 　Eメール:  |
|  学 年 | 　　　　 　年生　　　　　歳 |
| 研究テーマ | （和文） |
| （英文）先頭単語：最初のスペルのみ大文字、特定の用語以外は続く単語を小文字とすること。 |

**（書式２）**

**大学代表通知書　（２/２）**

|  |  |
| --- | --- |
| 研究倫理規定等 | * 本学の研究倫理規定関連委員会の承認を得ました。□ 無該当
 |
| **ファカルティ－・****アドバイザー**氏名 | （和文）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | （英文） |
| 講座名 | （和文） |
|  | （英文） |
| 役職名 | （和文） |
|  | （英文） |
| 連絡先 |  TEL:Eメール: |
| 大学代表の選抜方法 |  |