**[書式2]**

**大学代表通知書**

参加大学は大学代表が決まり次第、この大学代表通知書を送付すること。  
(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）

大学代表通知書

本年度、本学からは、下記の者を大学代表/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。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | （和文）＜楷書体による自署＞ |
| （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:  Email: |
| 学 年 | 年生　　　　　歳 |
| 研究テーマ  **□ 本年度日本大会以前に、学会・誌上発表、受賞経験はありません。** | （和文） |
| （英文） |
| 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 |