

1 ページ以内厳守

2026 年度 歯科衛生学及び歯科衛生教育学研究助成成申請書

いずれかに○を付けて下さい。

1. 歯科衛生学研究部門 2. 歯科衛生教育学研究部門
※1. 2. いずれかに○を付けてください。

申請者	フリガナ		
	氏名	姓 名	
	生年月日 (年齢)	※2026年4月1日時点の年齢をご記入ください。 西暦 年 月 日 (4月1日時: 満 歳)	
	所属機関名	※申請者が所属する大学、学校、機関の名称等をご記入ください。	
	講座(分野)名	※所属講座、分野、部署等の名称をご記入ください。	
	現職名	※講師、助教、大学院生(○年次)等をご記入ください。 大学院生の場合(学年:)	
	学歴	学部: (卒業年: 年) ※申請者の学歴と卒業年をご記入ください。大学院を修了されている方は学部と大学院両方をご記入ください。 大学院: (終了年: 年)	
	学位	※学位を取得されている方はその名称と取得年をご記入ください。	
	資格	※歯科衛生士等の資格名と取得年をご記入ください。複数ある場合は資格名の後に()づけて記載。	
	所属学会	<input type="checkbox"/> 日本歯科衛生学会 <input type="checkbox"/> 日本歯科衛生教育学会 ※上記学会に所属している方はいずれかをチェックを付けて下さい。	
研究業績 投稿論文・学会発表 など、3件以内	②	・代表する研究業績を3件以内でご記入ください。 ・投稿論文を優先して下さい。 ・学会発表の場合はテーマの前に 学会 と記載してください。 *原則、申請者が筆頭者である論文を記載して下さい。筆頭者の論文が無い場合は、筆頭者を明確とするために、記載順は論文等と同じ順序とし、筆頭者を先頭に書いてください。学会発表も同じ。	
	②		
	③		
受賞歴	①	※受賞歴がある場合は、その名称と受賞年をご記入ください。	
	②		
推薦者	氏名	※推薦者の氏名、所属機関、役職をご記入ください。押印は不要です。	
	所属機関・講座名		
	役職・職位		
	推薦理由	※推薦者の氏名、所属機関、役職をご記入ください。押印は不要です。	

提出日 2026年 月 日