第５号様式

公益社団法人　日本小児歯科学会

認定歯科衛生士申請患者一覧表

在職機関所属長名：　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者イニシャル | 性別 | 初診時の年齢 | 初診年月日 | 定期健診  移行年月日 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

（注）ブラッシング指導および生活（その他）指導を行った症例には番号に○印を付けて下さい。

　　　各症例の術前･術後の口腔内状況のわかる口腔内写真を添付する事。