**認定歯科衛生士（う蝕予防管理）申請についての推薦書**

特定非営利活動法人

日本歯科保存学会理事長　殿

認定歯科衛生士審査委員会委員長　殿

（西暦）　　　　 　年　　　　月　 　　日

**推薦者**

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

会員番号：

　　　　　　　　　　　　　　　所　　属：

　　　　　　　　　　　　　　　日本歯科保存学会での役職：(複数可)

□　理事

□　評議員

□　指導医（指導医番号　　　　　）

□　専門医（専門医番号　　　　　）

　以下の者は、現在日本歯科保存学会非会員ですが、認定歯科衛生士(う蝕予防管理)への申請が可能となる推薦基準を満たしていますので、ここに推薦します。※推薦はお一人につき歯科衛生士2名まで

なお、推薦については被推薦者の同意を得ております。

**被推薦者**

氏　　　　名：

生年月日　　：（西暦）

所属(勤務先)：

職　　　　位：

勤務先住所　：〒

メールアドレス：

日本歯科衛生士会会員：　　有　・　無　　　（会員番号：　　　　　　　　　　）

・**推薦基準**：項目１と該当項目にレ点を記入

□　１．歯科衛生士としての歯科診療の臨床経験が概ね３年以上、教育機関等での歯学教育

経験が概ね３年以上、あるいは歯科関連の研修施設等における勤務経験が概ね３年以上である。

□　２．う蝕について、日々更新された広くて深い知識を有している。

□　３．う蝕治療およびう蝕予防管理を行う為の優れた技能と専門的知識を有している。

□　４．患者の口腔の管理および健康状態を長期間にわたり保持・増進できる能力を有している。

□　５．将来的に積極的にう蝕、う蝕治療ならびにう蝕予防管理に取り組もうとするモチベーションを有している。