一般社団法人

日本舌側矯正歯科学会理事長殿

診療記録使用に関する同意書

　私は，日本舌側矯正歯科学会に対し，　　　　　　　　　　歯科医師が，認定医資格申請および学術会誌論文投稿に際し，同歯科医師が診療記録写真，レントゲン等の資料を使用することに同意します．

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

（患者）　住　所

署　名