**日本臨床口腔病理学会 口腔病理基本画像アトラス**使用許可申請書

年 月 日

NPO法人 日本臨床口腔病理学会

教育委員会委員長 殿

申請者氏名（団体名）：

住所： 〒

電話番号：

e-mail：

下記のとおり、日本臨床口腔病理学会 **口腔病理基本画像アトラス**を使用したく申請致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 使用画像 | INDEX （トップページの 9 項目のいずれかを記載）  疾患名  画像名 |
| 使用目的 |  |
| その他、参考事項 |  |