**臨床写真およびX線写真の使用に関する同意書**

　私は，　　　　　　　　　　　　　　先生が発表される予定の【日本歯内療法学会雑誌・学術大会・セミナー・研修会（いずれかに○）】に，私の臨床写真（口腔内写真，顔写真など）およびX線写真を使用することを許可いたします．

私は，私の臨床写真，X線写真が先生の発表の中でどのような形で使用されるかについて，十分に説明を受けました．

　また，先生の研究に，私の臨床写真およびX線写真が使用されることで，私自身が利益を受けることはありませんが，それによって，学問が発展し，診断・医療の技術が向上することで，社会に貢献する可能性があると理解しております．

本人（代理人）署名：　　　　　　　　　　　　　　日付：20 　年　　　月　　　日

執筆者署名：　　　　　　　　　　　　　　日付：20 　年　　　月　　　日

日本歯内療法学会

学会誌編集委員会