１号様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

受付年月日　西暦　　年　　月　　日

公益社団法人日本口腔インプラント学会認定JSOI専修医申請書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長　殿

西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所　〒

電話番号

E-mail：

　公益社団法人日本口腔インプラント学会専修医制度によるJSOI専修医の資格を取得致したく、必要書類を添えて申請致します。

必要書類

(１)JSOI専修医申請書（１号様式）

(２)誓約書（２号様式）

(３)認定審査料納入済領収書（写）

(４)履歴書（３号様式）

(５)歯科医師免許証（写）

(６)日本口腔インプラント学会会員歴証明書（４号様式）

(７)学術大会参加記録（５号様式）

(８)在籍証明書（６号様式）

　　 （９）大学所属在籍証明書≪大学系研修施設所属者の場合，所属大学公印の在籍証明を添付≫

(10)認定講習会受講修了証明証書（写）≪臨床系研修施設所属者のみ研修施設より発行≫

(11)指導医推薦書（７号様式）

(12)ケースプレゼンテーション試験合格証（写）

(13)症例一覧（８号様式）

(14)同意書（９号様式）

(15)術前と上部構造装着後2年以上経過のパノラマエックス線写真

（注）氏名以外データーで入力出来る部分はパソコンを用いて記入すること。申請書、写真

作成方法等は学会ホームページ専修医制度内各種申請書ダウンロード参照の事。

２号様式

誓　　約　　書

　　公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長　殿

西暦　　　年　　月　　日

　氏名　　　　　　　　　印

私は、公益社団法人日本口腔インプラント学会倫理規程、および厚生労働省の医療広告ガイドラインを遵守し、医療活動を行うことを誓います。

　また、専修医規程第９条の各号のいずれかに該当する場合には、速やかにJSOI専修医証を返却することを誓います。

３号様式

|  |  |
| --- | --- |
| 顔写真(カラー)2.5cm×3cm |  |
|  | 履　歴　書（記載例） |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  | 男 |  |  |  |
|  | 氏　名 |  | ・ | 西暦 年 月 日生 |  |  |
|  |  |  | 女 |  |  |  |
|  | 本　　籍 |  |  |  |
|  | 現住所 |  |  |  |
|  | 学　　　　　　歴 |  |  |
|  | （西暦）年 | 月 | 日 | ○○大学歯学部卒業 |  |  |
|  |  |  |  | 第○回歯科医師国家試験合格 |  |  |
|  |  |  |  | 歯科医籍登録第○○○○○号 |  |  |
|  |  |  |  | ○○大学大学院○○研究科修了 |  |  |
|  | 職　　　　　　歴 |  |  |
|  |  |  |  | ○○大学歯学部研修医 |  |  |
|  |  |  |  | ○○大学研究生 |  |  |
|  |  |  |  | ○○大学助手 |  |  |
|  |  |  |  | ○○歯科医院勤務 |  |  |
|  |  |  |  | ○○歯科医院開業 |  |  |
|  |  |  |  | 現在に至る |  |  |
|  | 学会及び社会における活動 |  |  |
|  |  |  |  | 公益社団法人日本口腔インプラント学会会員（評議員、理事） |  |  |
|  |  |  |  | ○○学会会員 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 賞　　　　　　罰 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  上記の通り相違ありません。 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 　西暦　　　　年　　月 日 |  |  |
|  |  　　氏名 印 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

３号様式

|  |  |
| --- | --- |
| 顔写真(カラー)2.5cm×3cm |  |
| 　 | 履　歴　書 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  | 男 |  |  |  |
|  | 氏　名 |  | ・ | 西暦 年 月 日生 |  |  |
|  |  |  | 女 |  |  |  |
|  | 本　　籍 |  |  |  |
|  | 現住所 |  |  |  |
|  | 学　　　　　　歴 |  |  |
|  | （西暦）年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 職　　　　　　歴 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 学会及び社会における活動 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 賞　　　　　　罰 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  上記の通り相違ありません。 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 　西暦　　　　年　　月 日 |  |  |
|  |  　　氏名 印 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

４号様式

公益社団法人日本口腔インプラント学会会員歴証明書

　　　　　　　　　　　　殿は、西暦　　　　年　　月　　日から西暦　　　　年　　月　　日まで継続　　年　　カ月間　公益社団法人日本口腔インプラント学会会員であることを証明致します。

西暦　　年　　月　　日

公益社団法人日本口腔インプラント学会　　印

５号様式

学術大会参加記録

（第30回学術大会以降は、参加証を学会にて管理・記録していますので、参加した学術大会を開催年月日順に記入してください。それ以前の学会では、参加証のコピーを添付してください）

６号様式

公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設

在籍証明書

　　　　　　　　　　　　殿は、西暦　　　　年　　月　　日から西暦　　　　年　　月　　日まで継続　　年　　カ月間下記研修施設に在籍して（いる・いた）ことを証明致します。

西暦　　　年　　月　　日

研修施設名　　　　　　　　　　　印

研修施設長　　　　　　　　　　　印

注意事項

大学系研修施設所属者の場合は，所属大学公印のある在籍証明を添付すること．

在籍証明書は，各大学が発行するものとしその書式は問わない．

７号様式

推　　薦　　書

　　公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長　殿

西暦　　年　　月　　日

指 導 医　　　　　　　　　印

 **（研修施設長）**

指 導 医　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会専修医としてふさわしい人格をそなえ、十分な経歴、学識、技能を有しているのでここに推薦致します。

８号様式

５症例一覧表

提出者氏名：

↓左2桁:欠損歯数、3桁:上(U)下(L)、4桁:通常(N)骨造成(G)、5桁:抜歯即時埋入の場合(S)

下

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 患者名 | 年齢 | 性別 | 初診日 | 欠損部位 | 部位及び術式記号入力 | ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 | 上部構造体装着日 | ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 | 経過及び予後 |  |
| 術前撮影日 | 2年以上経過撮影日 |  |
| 例 | ○山○男 | 45 | 男 | 2009.4.1 | 654｜567 | 06UN | 2009.3.10 | 2009.5.30 | 2011.5.31 | 良好 |  |
|  １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※記載はパソコン打ちとし、 欠損歯数の多い症例順で、かつ古い順に一覧表に記載すること。

※症例の術前及び上部構造装着後2年以上経過パノラマエックス線写真は、両顎関節まで撮像された鮮明なものをA4光沢紙に印刷して整理し、

　申請書類と一緒に送付すること。

※インプラント埋入前の術前パノラマエックス線写真は、原則として欠損の状態が確認できるものであること。但しない場合は、当該部位の

デンタルエックス線写真もしくはＣＴ等を追加すること。新規申請時必要書類にパノラマエックス線写真をA4光沢紙に印刷した例を掲示

（ <http://www.shika-implant.org/certification/dlfile/sinsei_hituyosyorui_2016.pdf>　）しておりますので、この書式に従って書類を作成して下さい。

９号様式

同　　意　　書

医療機関名：

　当科（院）に受診した患者様の口腔内写真、エックス線写真、及び各種検査内容は、初診時と経過、現在の状態などを比較検討する上で大変重要な資料です。また、今後のインプラント治療の向上のため、公益社団法人日本口腔インプラント学会の専修医、専門医、指導医取得・更新の資料として学会等に報告する場合があります。個人情報の守秘義務を遵守し、上記の目的以外には使用しませんので、予めご了承下さい。

 上記内容について同意頂ける場合、サインをお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

 上記内容について担当者　　　　　　　から十分説明を受け、理解のうえ同意致しました。

患者氏名　　　　　　　　　　　印

（保護者氏名）

住　　所

**※本紙は同意書の例文です。条件を満たした同意書であれば所定の用紙である必要はあり**

**ませんが同意書は必ず保存をお願い致します。**