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専門医更新申請書

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

専門医登録番号

指導医登録番号

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門医制度による専門医の更新を致したく、必要書類及び更新手数料を添えて申請致します。

必要書類

（１）専門医更新申請書（１号様式）

（２）更新料納入済領収書（写）（申請書裏面に糊付ける）

（３）誓約書（２号様式）

（４）学術大会等参加記録（３号様式）

（５）取得単位数（４号様式）

（６）在籍証明書（５号様式）

（７）診療記録（６号様式）

（８）同意書（７号様式）

（９）専門医臨床技術向上講習会修了証書（写）

（１０）口腔内カラー写真及びパノラマエックス線写真

（１１）チェックリスト（学会HP掲載）

（注１）BLS、ACLS、ICLSのいずれかの講習会に受講の場合修了証（写）を添付の事。

（注２）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門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、専門医制度規程第１９条の各号に該当する場合には、速やかに専門医、指導医証を返却することを誓います。

３号様式

学術大会等参加記録

参加章は学会にて管理・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。他学会参加の場合には、学術大会名（開催年月日，場所を含む）の記入及び参加章のコピーを添付してください。

４号様式（１）

取得単位数（注1）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 種　　　　　　　別 | 単位 |
| 学会及び研修会への出席  (60単位以上必要)（注2） | 日本口腔インプラント学会本部学術大会（10） |  |
| 日本口腔インプラント学会支部学術大会（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会専門医教育講座（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会指定研修施設主催の研修会（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会専門医臨床技術向上講習会（10） |  |
| 日本歯科医学会総会（5） |  |
| 日本歯科医学会分科会加入の関連学会（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会が認定する口腔インプラントに関する国際学会（5） |  |
|  | 合　　計 |  |
| 口腔インプラントに関する業績  (10単位以上必要) | 日本口腔インプラント学会本部学術大会及び支部学術大会での主演者（15） |  |
| 日本口腔インプラント学会本部学術大会及び支部学術大会での共同演者（10） |  |
| 日本口腔インプラント学会誌への投稿論文筆頭著者（20） |  |
| 日本口腔インプラント学会誌への投稿論文共同著者（10） |  |
| 日本口腔インプラント学会認定学術誌への投稿論文著者  ≪ 筆頭（10）共著（5）≫　（注3） |  |
| 単行図書の筆頭著者（15） |  |
| 単行図書の共同著者（10） |  |
| 日本歯科医学会専門分科会加入学会における発表（5）（注4） |  |
| 本会の学術大会又は支部学術大会において行った特別講演、本会専門医教育講座、専門医臨床技術向上講習会の講演（10）（注5） |  |
| 大学，歯科医師会及び研修施設の研修会での講演・講義・実習（5）（注6） |  |
| 日本口腔インプラント学会専門医臨床技術向上講習会の2回目以降（10）（注7） |  |
| 過去5年以内に受講したBLS、ACLS、ICLSのいずれかの講習会（10） |  |
| 合　　計 |  |
| **総　　計** |  |
| 症例報告  （注8） | 専門医資格取得後又は更新後上部構造体を装着し、3年以上経過した3症例についてレポート形式（所定の６号様式）で報告すること(注9) |  |

**※上記内容の対象はすべて前回認定、更新後の5年間における実績とする．**

（注1）　学会及び研修会への出席並びに口腔インプラントに関する業績で80単位以上を必要とする．

（注2）　本部学術大会及び支部学術大会参加を計5回以上（本部学術大会と支部学術大会を1回

は含むこと）、専門医教育講座受講を15単位（３回）、専門医臨床技術向上講習会を10

単位（１回）以上含むこと．

（注3）　認定学術誌は、附表2に従う．

（注4）　本会の学術大会又は支部学術大会において行ったシンポジウム及び歯科医学会加入分科

会の学会において行ったシンポジウムもこの分類に相当する．

（注5）　 歯科医学会加入分科会の学会において行った特別講演等もこの分類に相当する．

(注6) 10単位を限度とする．

（注7）　 専門医臨床技術向上講習会を複数回出席した場合、２回目以降は10単位として口腔インプ

ラントに関する業績に充足することができる．

（注8） 症例報告に際しては、術前及び上部構造体装着後３年以上経過した症例の口腔内写真及

び顎関節を含むパノラマエックス線写真をA4光沢紙に印刷すること．

（注9） 報告症例は提出期限の前８年間に上部構造装着を終了し、提出期限までに３年以上経過

観察を行った症例を提出すること．

（注10）　学会ホームページ専門医制度内各種申請書ダウンロードからチェックリストをダウンロ

ードし、最終チェックを行ったチェックリストも提出すること．

４号様式（２）

業績目録

研究論文（**著者名**、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日）、申請者の著者名に下線を引くこと。別冊１部を添付（コピーでも可）

１．**更新太郎**、〇〇〇〇、〇〇〇〇

〇〇〇〇を用いたインプラント治療

日本口腔インプラント学会雑誌

第〇巻　第〇号　〇〇〇頁～〇〇〇頁掲載

西暦〇○○○年〇月〇日発行

４号様式（３）

業績目録

研究報告発表（**演者名**、演題名、学会名、開催年月日・都道府県）

事後抄録のコピー１部を添付（抄録および発表日時、開催地のわかるもの）

記載例

１．**更新太郎**、〇〇〇〇、〇〇〇〇

　　〇〇〇〇を用いたインプラント治療

西暦〇○○〇年度日本口腔インプラント学会第〇〇回学術大会

　　西暦〇○○○年〇月〇日　東京

４号様式（４）

研修会講演証明書

西暦　　　　年　　　月　　　日

研修施設名　　　　　　　　　　　　　　印

研修施設長名　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の者は、本施設において行われた口腔インプラントに関する研修会の講師であったことを証明致します。

記

氏　　　　名

内　　　　容

研修会開催日　西暦　　 　年　　月　　日

５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

６号様式（１）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指**指導医氏名** |  | | **指導医検印** |  |  |
|  | 症例番号 | １ | 患者名 |  | 男・女 | | 才 |  | |
| インプラントの種類：（商品名、直径、長さ）  埋入部位（歯式） | | | | | | |  |
| 治療ないし手術の内容及び経過（本用紙１枚に収まる範囲内で詳細に記入すること）  初診日　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　術前ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ 線 　　年　　月　　日  埋入手術日　 　　年　　月　　日　　　　　　　　上部構造体装着日　　　年　　月　　日  上部構造装着後３年以上経過時ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　上部構造装着後３年以上経過時口腔内写真　　　　年　　月　　日 | | | | | | |

６号様式（２）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指**指導医氏名** |  | | **指導医検印** |  |  |
|  | 症例番号 | ２ | 患者名 |  | 男・女 | | 才 |  | |
| インプラントの種類：（商品名、直径、長さ）  埋入部位（歯式） | | | | | | |  |
| 治療ないし手術の内容及び経過（本用紙１枚に収まる範囲内で詳細に記入すること）  初診日　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　術前ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ 線 　　年　　月　　日  埋入手術日　 　　年　　月　　日　　　　　　　　上部構造体装着日　　　年　　月　　日  上部構造装着後３年以上経過時ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　上部構造装着後３年以上経過時口腔内写真　　　　年　　月　　日 | | | | | | |

６号様式（３）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指**指導医氏名** |  | | **指導医検印** |  |  |
|  | 症例番号 | ３ | 患者名 |  | 男・女 | | 才 |  | |
| インプラントの種類：（商品名、直径、長さ）  埋入部位（歯式） | | | | | | |  |
| 治療ないし手術の内容及び経過（本用紙１枚に収まる範囲内で詳細に記入すること）  初診日　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　術前ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ 線 　　年　　月　　日  埋入手術日　 　　年　　月　　日　　　　　　　　上部構造体装着日　　　年　　月　　日  上部構造装着後３年以上経過時ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　上部構造装着後３年以上経過時口腔内写真　　　　年　　月　　日 | | | | | | |

７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されれば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。**