

1号様式

記載不要です。

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

作成された日付を記載ください。

西暦 ○ 年 ○ 月 ○ 日

いんぷらんと たろう
インプラント 太郎

イン
印
ラ
プラ

右記専門医番号、指導医番号には取得された番号を記載ください。
現在指導医を取得されていない先生は指導医登録番号記載不要です。

専門医登録番号 ○ ○ ○

指導医登録番号 ○ ○ ○

住所 〒108-0014

東京都港区芝4-3-5ファースト岡田ビル8階

電話番号 03-5765-5510

ファックス番号 03-5765-5516

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

下記、専門医更新の更新料納入済領収書はコピーを1号様式裏に添付してください。
また専門医更新申請者用チェックリストも必ず更新申請書に添付ください。
専門医更新申請者用チェックリストは学会ホームページの認定制度⇒専門医⇒申請書類各種ダウンロード⇒専門医更新審査チェックリストの順にクリック頂きますと表示されます。
記載場所：<http://www.shika-implant.org/certification/specialty/dl.html>

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) (1号様式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。

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 インプラント 太郎

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。

●学術大会等参加状況

(1回)

西暦〇〇〇〇年9月8-10日

第〇〇回日本口腔インプラント学会総会・学術大会（東京）

(2回)

西暦〇〇〇〇年9月21-23日

第〇〇回日本口腔インプラント学会総会・学術大会（福岡）

(3回)

西暦〇〇〇〇年11月10日

第〇〇回日本口腔インプラント学会関東・甲信越支部総会・学術大会（東京）

(4回)

西暦〇〇〇〇年7月18-20日

第〇〇回日本口腔インプラント学会総会・学術大会（愛知）

・専門医教育講座受講

(5回)

西暦〇〇〇〇年9月16-18日

第〇〇回日本口腔インプラント学会総会・学術大会（青森）

・専門医教育講座受講

(6回)

西暦〇〇〇〇年9月15-17日

第〇〇回日本口腔インプラント学会学術大会（新潟）

・専門医教育講座受講

●専門医臨床技術向上講習会参加状況

(1回目)

2008年12月20-21日

第1回専門医臨床技術向上講習会（新潟）

(2回目)

2009年11月28-29日

第4回専門医臨床技術向上講習会（大阪）

1. 本学会で最低5回以上大会参加が必要です。また、本部学術大会と支部学術大会を各1回以上の参加が必要です（1年間に2回以上の参加も可）。
2. 専門医教育講座受講は更新対象の5年間に最低3回以上の受講が必要です。
3. 専門医臨床技術向上講習会は1回（10単位）以上参加が必要です。
※専門医臨床技術向上講習会を2回以上参加した場合、口腔インプラントに関する業績（1回10単位）に充当することもできます。
4. 学術大会参加記録は学会HP掲載（<http://www.shika-implant.org/>）の会員マイページで確認ができます。
5. 過去の学術大会開催日程一覧は学会HP大会一覧（<http://www.shika-implant.org/class/sibu/old.html>）に記載しております。

※注意：本部、支部学術大会参加最低基準単位（5回分30単位：最小単位（30単位）内訳＝学術大会参加1回10単位、支部学術大会参加4回20単位）、教育講座受講最低基準単位（3回分：15単位）、専門医臨床技術向上講習会最低基準単位（1回分：10単位）を合算しても55単位です。学会及び研修会への出席で60単位以上必要ですので残り5単位を他の関連学会等（なければ本学会本部、支部学術大会で多く大会参加されている超過単位分）で充足ください。単位に関する詳細は4号様式（1）をご確認ください。

4号様式(1)

取得単位数(注1)

下記(カッコ)内は1回当りの基本単位数です。

各自参加、発表された回数に応じて合計単位数を記載ください。

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)	
	本会支部が開催する年次大会以外に認定を受けた支部学術研修会(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、項、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)

記載例

1. インプラント太郎

下顎臼歯部遊離端欠損にインプラントを応用した1症例
日本口腔インプラント学会誌
第20巻 第1号 5頁～6頁掲載
2007年3月31日発行

2. 鈴木一郎、インプラント太郎、鈴木二郎、佐藤二郎

オッセオインテグレイテッドインプラントの埋入初期動揺度変化に関する検討
日本口腔インプラント学会誌
第22巻 第1号 35項～37項掲載
2009年3月31日発行

1. 上記本人の氏名記載箇所に下線(ラインマーカー可)を記載してください。
2. 口腔インプラントに関する業績で10単位以上必要ですが、論文業績で充足したい場合は上記のように記載ください。
3. 論文業績の添付方法: 表紙と該当内容が添えられた別冊1部を添付(該当箇所コピーでも可)ください。本学会の業績を添付する場合は表紙が添えられた○巻○号と記載された学会雑誌事後抄録(学術大会で配布等される更新年度内の●巻特別号以降も含む)コピー1部を用意し添付してください。

注意: 更新年度内の●巻特別号以降以外の本部学術大会、支部学術大会で事前または当日に配布等される事前抄録集は認められません。但し本会学会誌に今後掲載予定の場合は掲載証明書を添付(コピー可)すれば業績扱いとします。

他の認定学術誌等を添付する場合は別冊1部を添付(該当箇所コピーでも可)ください。

既に上記以外の他の項目で業績10単位が充足できる場合は論文業績《4号様式(2)》の提出は必要ありません。但し証明となる資料を必ず添付ください。

業績に関する単位一覧は4号様式(1)《取得単位数表》をご覧ください。

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・都道府県名)
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. インプラント太郎、山田太郎、山田一郎、山田二郎、佐藤一郎
内部カム機構を有するインプラントの多数歯補綴症例
2003年度日本口腔インプラント学会第23回関東甲信越支部支部総会・学術大会
2003年10月19日 東京都
2. 鈴木一郎、インプラント太郎、鈴木二郎、佐藤二郎
オッセオインテグレイテッドインプラントの埋入初期動揺度変化に関する検討
2006年度日本口腔インプラント学会第36回総会・学術大会
2006年9月16日 新潟県

1. 上記本人の氏名記載箇所に下線(ラインマーカー可)を記載してください。
2. 口腔インプラントに関する業績で10単位以上必要ですが、発表業績で充足したい場合は上記のように記載ください。
3. 発表業績の添付方法:当学会の発表業績を添付する場合は表紙が添えられた〇巻〇号と記載された表紙と該当抄録のコピー1部を添付ください(学術大会で配布される更新年度内の〇巻特別号以降も含む)。

注意:更新年度内の〇巻特別号以降以外の本部学術大会、支部学術大会で事前または当日に配布される事前抄録集は認められません。

関連学会における発表業績を添付する場合別冊1部を添付(該当箇所コピーでも可)ください。

既上記以外の他の項目で業績10単位が充足できる場合は論文業績《4号様式(3)》の提出は必要ありません。

業績に関する単位一覧は4号様式(1)《取得単位数表》をご覧ください。

- ※ 上記4号様式(3)にて業績添付の場合、本学会誌29巻1号(2016年3月末以降)より支部学術大会講演要旨は電子版となり冊子には未掲載となります。29巻1号より学会HP内会員マイページにて閲覧予定となりますので掲載該当の先生は会員マイページより抄録を印刷し申請書に添付ください(電子版の場合表紙添付は除きます)。

4号様式(4)

研修会講演証明書

研修施設長の自筆と印鑑が必要

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

※上記研修会講演証明書は更新される先生が当学会指定の研修施設で講演をされた場合に該当研修施設に依頼をすると記載頂けるものですので研修施設にお尋ねください。特に講演をされていなければ不要です。

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

インプラント 太郎 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

研修施設長の自筆と印鑑が必要

研修施設名 印

研修施設長 印

※5号様式は、所属する研修施設の研修施設長より在籍証明書に記入してもらう必要があります。

6号様式(1)

		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) *年は西暦で記載ください。					
初診日	年	月	日	術前 ^ハ 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 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

1. 3症例の提出が必要です。西暦で記載ください。

2. 必ず更新申請書提出前に指導医の検印、氏名が記載されている事を確認ください。
患者氏名は、○山○男という形式で記入すること。

3. 当紙症例報告は、本ページ1枚以内に必ず収めて記入ください。

4. 症例ごとの術前および上部構造装着後3年以上経過時の術後パノラマエックス線写真と口腔内写真が必要です。

更新時必要書類に口腔内写真と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しておりますので、この書式に従って書類作成して下さい。

※関連HP：http://www.shika-implant.org/certification/dlfile/kosin_hituyosyorui_2016.pdf

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。

上記日付と、左記担当者氏名は申請される先生の氏名、年月日を記載ください。

患者氏名

印

(保護者氏名)

患者氏名は自筆のこと。
患者が20歳未満の場合保護者の氏名を記載ください。

住 所 (患者住所)

※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。

※本紙は同意書の例文です。上記の条件を満たした同意書であれば貴院のオリジナルでも可能です。同意書の原本は貴院に保存し、コピーしたものを提出してください。

下記チェックリストは専門医更新申請書を提出される際に必ず添付ください。
更新料お振込先もチェックリスト下に青字で記載がされております。

専門医更新申請者用チェックリスト*必ず更新申請用紙に添付下さい!

0000年(平成00年)0月0日から0000年(平成00年)0月0日までに上部構造装着を終了した症例について診査
 ・申請者氏名:00 0 専門医登録番号:00 指導医登録番号(未取得の場合、右記無(丸)を記載願います): 無
 下記の項目について確認チェック(✓)のうえ申請書類に添え提出してください。 チェック欄

- 1号様式**
1. 日付、印など所定の位置に正しく記載されていますか。(名前以外、可能な限りパソコンで記載願います)。
 2. 書類に不備がないか指導医に確認してもらいましたか。
 3. 申請書(1号様式)裏面に5万1千円の更新料納入済領収書コピーが添付されていますか。

- 2号様式**
4. 所定の用紙に必要な事項を記載しましたか。

- 3号様式** ※規程通り単位を超えていれ、他学会の参加章は無くてもかまいません。
5. 参加した学術大会は開催年月日順に記入されていますか。本学会以外は参加章のコピーが添付されていますか。
 - ※本学会での過去の開催一覧は右記HP ご参照下さい⇒ (<http://www.shika-implant.org/class/sibu/old.html>)
 6. 参加章のコピーは、日本歯科医学会の専門分科会、その関連学会、もしくは本会が認定した学会ですか。

- 4号様式の(1)**
7. 本会の学術大会及び支部学術大会参加を5回以上含んでいますか。
 8. 専門医教育講座受講《0000年(平成00年)4月より》を15単位(3回)以上含んでいますか。
 9. 更新期間内に専門医臨床技術向上講習会受講を10単位(1回参加)以上含んでいますか。

- ※更新の5年間の間に開催された専門医臨床技術向上講習会の修了証書コピーを更新申請書に添付ください。
10. 学会及び研修会への出席単位合計が60単位を超えていますか。

11. 口腔インプラントに関する業績を10単位以上含んでいますか。
12. 学術大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の合計が80単位を超えていますか。
- ※認定学術誌は附表2に従う。右記学会HP (<http://www.shika-implant.org/certification/specialty/huhyo2.html>) 専門医制度附表2に記載があります。

- 4号様式の(2)** ※規程通り業績10単位以上を満し、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単位を超えていれ、論文は無くてもかまいません。

13. 研究論文は、著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日の順に記載されていますか。
14. 申請者の著者名に下線が引かれていますか。
15. 表紙と該当内容が添えられた別冊1部が添付(コピーでも可)されていますか。

- ※当学会の業績を添付する場合、●巻●号と記載がされた表紙と学会誌該当抄録(●巻特別号以降も含む)のコピー1部を用意し添付してください。

- 4号様式の(3)** ※規程通り業績10単位以上を満し、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単位を超えていれ、論文は無くてもかまいません。

16. 研究報告発表は、演者名、演題名、学会名、開催年月日・都道府県の順に記載されていますか。
17. 申請者の演者名に下線が引かれていますか。
18. 表紙と該当内容が添えられた別冊1部が添付(コピーでも可)されていますか。

- ※当学会の業績を添付する場合、●巻●号と記載がされた表紙と学会誌該当抄録(●巻特別号以降も含む)のコピー1部を用意し添付してください。

※上記4号様式(3)にて業績添付の場合、本学会誌29巻1号(2016年3月末以降)より支部学術大会講演要旨は電子版となり冊子には未掲載となります。29巻1号より学会HP内会員マイページにて閲覧予定となりますので該当の先生方は会員マイページより抄録を印刷し申請書に添付ください。(その場合表紙は不要)。
 本学会会員マイページ (<https://service2.kktcs.co.jp/jsoweb/loginmember/>)。)

- 5号様式**
19. 先生が所属されている本学会指定研修施設から在籍証明書の作成を頂きましたか。

- 6号様式** ※対象期間が拡大されました。下記3症例についてチェックして下さい。
- | | 症例1 | 症例2 | 症例3 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. 指導医の検印、インプラントの種類など所定の位置に正しく記載されていますか。 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 0000年(平成00年)0月0日以降に上部構造が装着された症例ですか。 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. 0000年(平成00年)0月0日までに上部構造装着後3年以上経過した症例ですか。 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 初診日、埋入部位、埋入日、上部構造装着日、経過観察日が記載されていますか。 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. インプラント体の長さ・直径が文章内にも記載されていますか。 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. 臨床経過の説明は、所定の様式内(6号様式)1枚に納まるよう記載されていますか。 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ※やむを得ず複数枚数になる場合は文字のポイントを変更し1枚以内に収めてください。 | | | |
| 26. 症例記載一覧の文章内に経過期間が分かる日付が記載されていますか。 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. パノラマエックス線写真及び口腔内写真(症例番号、日付)が記入されていますか。 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. パノラマエックス線写真は両顎関節まで撮影され、口腔内写真をA4光沢紙で印刷していますか。
- ※顎関節と同時撮影できないパノラマエックス線の場合は機種名を記載してください。

●専門医更新料【5万1千円】お振込先:
 ※郵便局からご利用の場合(郵便局備え付の振替用紙《青色》をご利用下さい)
 ・口座番号: 00150-9-608413 ・口座名: 公益社団法人日本口腔インプラント学会認定委員会
 ※銀行からご利用の場合
 ・銀行名: ゆうちょ銀行・店名(カナ): 〇一九店(ゼロイチキユウ店) ・預金種目: 当座・口座番号: 0608413
 ・カナ氏名(受取人名): コウエキシャデンホウジニホウクウインプラントカクインゲイイカイ
 ※その他学会HP (<http://www.shika-implant.org/>) に記載されている専門医制度規定・施行細則を参照の上各自最終チェックを行い、学会事務局に書留または宅配便で郵送してください。