

会告

平成 29 年度「インプラント専門歯科技工士試験」についてのお知らせ

公益社団法人 日本口腔インプラント学会
理事長 渡邊文彦
専門歯科技工士委員会
委員長 佐藤博信

以下の要項で平成 29 年度インプラント専門歯科技工士試験の受付を行います。
申請に際しては、下記要項をよくお読みの上、手続きを行ってください。

記

1. 受験資格（書類提出時）

- * 日本国歯科技工士の免許証を有すること
- * 2 年以上継続して正会員であること
- * 3 年以上インプラント上部構造の技工に携わっていること
- * 正会員として本会学術大会または支部学術大会に 2 回以上参加していること
- * 正会員としてインプラント専門歯科技工士教育講座を 2 回以上受講していること
- * インプラント上部構造の製作を行った経験が 10 症例以上あること
- * 口腔インプラント専門医 1 名の推薦があること

2. 試験方法

筆記試験（小論文形式）ならびに症例報告に対する口述試験によって行います。

3. 申込方法

- ・指定期日までに試験審査料を納付のうえ、インプラント専門歯科技工士認定申請書を専門歯科技工士委員会（下記住所）宛に送付してください。

4. インプラント専門歯科技工士試験申込受付期間

- ・平成 29 年 10 月 2 日（月）～10 月 25 日（水）（必着）

5. 試験実施日程・会場

- ・日程：平成 30 年 2 月 4 日（日）
- ・会場：東京都内

6. 試験審査料の納付先

郵便局備え付けの郵便振替用紙（青色）をご利用のうえ、試験審査料 1 万円（消費税込）10 月 25 日（水）までに下記口座へお振込みください。納められた試験審査料はいかなる理由でも返却しません。

口座番号：00190-4-650333

口座名：公益社団法人日本口腔インプラント学会技工士

*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(ゼロイチキョウ店)

預金種目：当座

口座番号：0650333

カナ氏名(受取人名)：コウエキシャダニホウジニホコウクウインプラントカクカイコウシ

7. その他の注意事項

- ・当日は、受験申請受付証明書をお忘れにならないようにご持参ください。
(※受験申請受付証明書につきましては、平成 29 年 12 月中に送付予定です)
- ・詳細についてはホームページ上に掲載しておりますので、必ずご確認ください。

公益社団法人日本口腔インプラント学会事務局（専門歯科技工士委員会）
〒108-0014 東京都港区芝 4-3-5 ファースト岡田ビル 8 F
TEL:03-5765-5510 FAX:03-5765-5516
E-mail : jsoi@peace.ocn.ne.jp URL : <http://www.shika-implant.org/>