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

（自署）　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 会員番号

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資格を取得致したく、必要書類及び認定審査料を添えて申請致します。

必要書類

（１）専門医申請書（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）学術大会、専門医教育講座参加記録（会員マイページより該当ページの写し）

（７）専門医教育講座受講証（平成19年度までに臨床系併用型研修施設での研修終了者のみ）

（８）指導医推薦書（４号様式）

（９）在籍証明書（５号様式）

（10）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≫

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

（12）ケースプレゼンテーション試験合格証（写）

（13）業績（６号様式）

（14）症例一覧（７号様式）

（15）患者または保護者の同意取得済み確認書（８号様式）

（16）｢禁煙宣言｣に対する同意書（９号様式）

（17）術前と上部構造装着後3年以上経過のパノラマエックス線写真

（18）専門医申請チェックリスト

（注）自署以外はパソコンを用いて記入。申請書、パノラマエックス線写真による症例報告書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し参照のこと。

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（自署）　　　　　　　　　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 |  |  |  |
|  | 現住所 |  |  |  |
|  | 学　　　　　　歴 |  |  |
|  | (西暦)年 | 月 | 日 | ○○大学歯学部卒業 |  |  |
|  |  |  |  | ○○大学大学院歯学研究科入学 |  |  |
|  |  |  |  | ○○大学大学院歯学研究科修了 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | 本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 |  |  |
|  |  |  |  | ○○学会会員 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 免許・資格 |  |  |
|  |  |  |  | 歯科医師免許（歯科医籍登録第○○○○○○号） |  |  |
|  |  |  |  | 博士（歯学）（○○大学歯博甲第○○○号） |  |  |
|  | 本会入会年月日 | (西暦)〇〇〇〇年〇月〇日～現在（継続〇年〇か月） |  |  |
|  |  上記の通り相違ありません。 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 　西暦　　　　年　　月 日 |  |  |
|  |  　　氏名 （自署）　 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 |  |  |  |
|  | 現住所 |  |  |  |
|  | 学　　　　　　歴 |  |  |
|  | （西暦）年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 職　　　　　　歴 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 本学会及び社会における活動 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 免許・資格 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 本会入会年月日 | (西暦)　　年　　月　　日～現在（継続　年　か月） |  |  |
|  |  上記の通り相違ありません。 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 　西暦　　　　年　　月 日 |  |  |
|  |  　　氏名 （自署）　 印 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

４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（自署）　　　　　　　　　印

（研修施設長）

指 導 医（自署）　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会専門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。

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　　か月間下記研修施設に在籍し研修して（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（自署）　　　　　　　　　　　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、大学病院等が発行するものとしその書式は問わない。

６号様式（１）

業績目録

研究論文（**著者名**、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日）、別冊１部を添付（コピーでも可）

１．**専門太郎**、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

 西暦〇〇〇〇年〇月〇日発行

６号様式（２）

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）、抄録コピー１部を添付

１．**専門太郎**、〇〇〇〇、〇〇〇

　 〇〇〇〇を用いたインプラント治療〇

 西暦〇〇〇〇年度日本口腔インプラント学会第〇〇回学術大会

　　西暦〇〇〇〇年〇月〇日　東京

７号様式

治療内容分類記号：左2桁:欠損歯数、3桁目:上(U)下(L)、

4桁目:通常(N)骨増生(G)、5桁目:抜歯即時埋入(S)

下

氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　２０症例一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 患者名 | 年齢 | 性別 | 初診日 | 欠損部位 | 下部構造担当者 | 上部構造担当者 | 治療内容分類　記号入力 | ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 | 上部構造装着日 | ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 | 経過及び予後 |  |
| 術前撮影日 | 3年後撮影日 |  |
| 例 | ○田○郎 | 45 | 男 | 2015.1.1 | 17 - 15 | 専門太郎 | 専門太郎 | 03UN  | 2015.2.1 | 2015.5.30 | 2018.5.31 | 良好 |  |
|  １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※記入はパソコン入力とし、欠損歯数の多い症例が最上位で、かつ上部構造装着日が古い症例から順番に記載すること。

※欠損部位はFDI方式で記載すること。

※多数歯欠損症例とは一顎７歯以上の欠損で、インプラント補綴を施しているもの。左右側に連続した補綴装置が装着されていなくともよい。

※多数歯欠損症例のうち少なくとも１症例はボーンアンカードブリッジ（粘膜負担のない上部構造）を含むこと。

※パノラマエックス線写真は、２０症例の術前および上部構造装着後3年以上経過時の2枚をA４光沢紙1枚に印刷すること。

※詳細は、ホームページ「口腔インプラント専門医新規申請時必要書類」に掲載しておりますので、この書式に従って書類を作成し提出してください。

８号様式

**患者または保護者の同意取得済み確認書**

今回使用する患者情報（画像検査写真、病態写真、診療録記載内容など）について、プライバシー保護に配慮し，患者が特定されないよう十分配慮した上で使用させて頂く事について説明し、患者または家族から同意を得ています。

また、患者プライバシー保護などに関して問題が発生した場合は、わたしが責任を負うことを誓います。

　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）　　　　　　　　　印

９号様式

**公益社団法人日本口腔インプラント学会**

**｢禁煙宣言｣に対する同意書**

西暦　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

私は、公益社団法人日本口腔インプラント学会が定めた「禁煙宣言」に同意し、禁煙推進活動に積極的に協力いたします。