

HP掲載の最新版を使用してください。

1号様式

記載不要

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指導医申請書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

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

氏名(自署) **インプラント 太郎**

会員番号 **054321**

自署

インプラ

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**

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指導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。

下記、認定審査料納入済領収書、歯科医師免許証、専門医認定証書、BLS、ACLS、ICLS  
のいずれかの講習会受講終了証はA4サイズのコピー用紙を添えてください。

必要書類

- (1) 指導医申請書 (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専門医認定証書 (写)
- (7) 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)
- (8) 指導医の推薦書 (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) 業績 (6号様式)
- (12) 症例一覧 (7号様式)
- (13) BLS、ACLS、ICLSのいずれかの講習会受講終了証 (写)
- (14) 患者または保護者の同意取得済み確認書 (8号様式)
- (15) 「禁煙宣言」に対する同意書 (9号様式)
- (16) 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

(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 〇年 〇月 〇日

氏名 (自署) インプラント 太郎

イン  
プラ

自署

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、速やかに指導医証を返却することを誓います。

# 履 歴 書

(記載例)

顔写真  
(カラー)  
2.5cm×  
3cm

氏 名		男 ・ 女	西暦 年 月 日生
現住所			
学 歴			
(西暦) 年	月	日	<input type="checkbox"/> 〇〇大学歯学部卒業 <input type="checkbox"/> 〇〇大学大学院歯学研究科入学 <input type="checkbox"/> 〇〇大学大学院歯学研究科修了
職 歴			
			<input type="checkbox"/> 〇〇大学歯学部研修医 <input type="checkbox"/> 〇〇大学研究生 <input type="checkbox"/> 〇〇大学助手 <input type="checkbox"/> 〇〇歯科医院勤務 <input type="checkbox"/> 〇〇歯科医院開業 現在に至る
本学会及び社会における活動			
			<input type="checkbox"/> 公益社団法人日本口腔インプラント学会会員 <input type="checkbox"/> 〇〇学会会員
免許・資格			
			<input type="checkbox"/> 歯科医師免許 (歯科医籍登録第〇〇〇〇〇〇号) <input type="checkbox"/> 博士 (歯学) (〇〇大学歯学甲第〇〇〇号)
本会入会年月日	(西暦) <b>2003</b> 年 <b>4</b> 月 <b>20</b> 日～現在(継続 <b>21</b> 年 <b>4</b> か月)		
上記の通り相違ありません。			
西暦 年 月 日	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">自署</div>		氏名 (自署) _____ 印

入会年月日は、  
会員証や会員マ  
イページから確  
認できます。



# 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

研修施設長・指導医の自署と押印が必要

西暦 ○年 ○月 ○日

指導医（自署）○○ ○○ 印  
(研修施設長)

指導医（自署）○○ ○○ 印

**インプラント 太郎** 殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会指導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。

※指導医1名は、所属する研修施設の研修施設長より頂いてください。もう1名は、研修施設内の指導医かお知り合いの指導医の先生より署名、押印を頂いてください。

# 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

研修施設長の自署と押印が必要

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。また、複数の研修施設に所属した場合は、すべての研修施設の在籍証明書が必要です。

## 注意事項

大学系研修施設所属者の場合、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。

## 論文業績と提出症例の確認書

### 症例数・論文数の調整

なし ・ あり

\* 症例数・論文数の調整ありの場合は、下記に調整した論文数と症例数をご記入ください。

#### (1) 症例を論文業績で補う (50 症例以内)

a. 本学会誌筆頭論文:

10 症例/編 × \_\_\_\_\_ 編 = \_\_\_\_\_ 症例

b. 本学会誌共著論文又は本学会が認定する学会誌筆頭論文:

5 症例/編 × \_\_\_\_\_ 編 = \_\_\_\_\_ 症例

c. 本学会が認定する学会誌共著論文:

3 症例/編 × \_\_\_\_\_ 編 = \_\_\_\_\_ 症例

合計 \_\_\_\_\_ 症例分

#### (2) 論文業績を症例で補う (10 症例/編、3 編以内)

\_\_\_\_\_ 症例を追加 → \_\_\_\_\_ 編分\*

症例数・論文数以外の指導医資格条件を満たしている場合に限り、症例数・論文数は以下のように調整することができます。

##### 1. 症例を論文業績で補う場合

(1) 症例を論文業績で補う場合には、50 症例以内とする。

(2) 症例を論文業績で補う場合には、本学会誌筆頭論文 1 編につき 10 症例、本学会誌共著論文または本学会が認定する学会誌筆頭論文 1 編につき 5 症例、本学会が認定する学会誌共著論文 1 編につき 3 症例をもって当てることができますが、最終的に提出する症例には、多数歯欠損(1 顎 7 歯欠損以上)で全顎的にわたる補綴症例を 10 例以上、骨増生を実施した症例を 5 例以上含むこと。

(3) ケースプレゼンテーション論文も、口腔インプラント指導医の論文(症例報告)として見做すことができますが、筆頭論文としては認められません。

##### 2. 論文業績の一部を症例で補う場合

(1) 論文業績を症例で補う場合には 3 編以内とする。

(2) 論文 1 編につき 10 症例をもって当てることできる。

(3) 最終的に提出する論文には、筆頭著者である論文を 1 編以上含むこと。また、本学会誌論文を 1 編以上含むこと。ケースプレゼンテーション論文も、口腔インプラント指導医の論文(症例報告)として見做すことができますが、筆頭論文としては認められません。

## 業績目録(論文)

## 提出する論文業績一覧

本学会筆頭論文	編
本学会共著論文	編
本学会が認定する学会誌筆頭論文	編
本学会が認定する学会誌共著論文	編
その他	編

## 論文一覧(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)。

通し番号	著者(申請者に下線)	タイトル	雑誌名	巻・号	頁	発行日	筆頭論文に○	本学会誌に○
記載例	<u>インプラント太郎</u> 、 ○○○○、○○○○	○○○○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○巻 第○号	○○○ 頁～○ ○○頁	西暦○ ○○○ 年○月 ○日	○	○
1								
2								
3								
4								
5								
6								

\*過不足の場合は適宜行数を調整してください。

1. 口腔インプラントに関する論文を本会学会誌又は委員会が認める雑誌に6編以上発表していること。ただし、筆頭著者である論文を3編以上含むこと。また、本会学会誌論文1編以上を含むことが条件となりますが、専門医と同じく本会学会誌に限り、原著(基礎研究、臨床研究)では上位3名まで、総説論文では上位2名まで筆頭著者として認めています。また症例報告、調査・統計、資料、依頼論文は筆頭著者のみです。他学会誌ではこの措置はありませんので、必ず筆頭著者であることが必要です(例:筆頭著者3編の扱いで本会学会誌以外の他学会誌の筆頭著者を添付する場合、上記筆頭著者の扱いでなく、最上位のみを筆頭として認めますのでご注意ください)。また、ケースプレゼンテーション論文も指導医の論文業績に認めますが筆頭著者論文とは認めません。
2. 外国雑誌(英文誌)に関しましては、PubMedに収録されている雑誌に限りです。申請に際しては論文の別刷、あるいはコピーに加え、論文の書誌情報が表示されたPubMedのスクリーンショットを添付すること。また、論文受理(アクセプト)されin pressとなっている論文については、受理証明書かアクセプトされたことがわかるe-mailのコピー等を提出すること。
3. 研究論文は表紙と該当論文が添えられた別刷1部を提出(該当論文箇所コピーでも可)してください。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。

その他詳細は、学会HP掲載(<http://www.shika-implant.org/certification/specialty/index.html>)の専門医制度規程、同施行細則内の指導医項目をご覧ください。

## 業績目録(学会発表)

学会発表(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

通し番号	著者(申請者に下線)	演題名	学会名	開催年月日・開催都道府県	主演者○
記載例	<u>インプラント太郎</u> 、○○ ○○、○○○○	○○○○を用いたインプラント治療	西暦○○○○年度日本口腔インプラント学会第○○回学術大会	西暦○○○○年○月○日・東京	○
1					
2					
3					
4					
5					
6					

\*過不足の場合は適宜行数を調整してください。

1. 本会学術大会及び支部学術大会において6回以上発表(内2回は主演者)を行っていることが条件です。  
必ず○巻○号と記載された学会誌に掲載されている抄録と表紙のコピー1部を提出してください。21巻以降は学会誌特別号も含まれます。(21巻特別号より前の本部学術大会(第37回以前)及び支部学術大会での抄録集のコピーは認められません。但し学会誌掲載前の支部学術大会の抄録のみ認めます)
2. 上記6号様式(2)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「学会誌・支部大会・ケースプレゼンテーション論文」のページにて閲覧できますのでそこから該当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)。

7号様式

氏名(自署): \_\_\_\_\_

### 提出症例一覧表

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)

\*提出する症例数: \_\_\_\_\_ 例 (論文で補った症例数 \_\_\_\_\_ 例/論文業績を補うための追加 \_\_\_\_\_ 症例)

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	パノラマエックス線 術前撮影日	上部構造 装着日	パノラマエックス線 3年後撮影日	経過及 び予後
例	○田○郎	45	男	2015.1.1	25-27	指導太郎	指導太郎	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												

患者名は例に倣って匿名  
化すること

欠損部位 FDI 方式記載例  
765 | 欠損→17-15  
7+7 欠損→17-27  
7652 | 6 欠損→17-15,12,26  
62+245 欠損→46,42-32,34,35

\*過不足の場合は適宜行数を調整してください。

## 1. 症例一覧表（7号様式）について

- ・ 症例数は 100 症例とし、全て上部構造装着後 3 年以上経過していること。ただし口腔インプラント専門医申請時の 20 症例と重複してもよい。
- ・ 症例には、多数歯欠損（1 顎 7 歯欠損以上）補綴症例を15例以上、骨増生を実施した症例を 5 例以上含むこと。
- ・ 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ブリッジ（粘膜負担のない上部構造）を含むこと。
- ・ 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。
- ・ 骨増生症例には、施術内容が判定できる術中写真もしくはエックス線写真を別途提出すること。ただし骨補填材のみの症例は、全顎欠損であっても多数歯欠損症例とは認めない。
- ・ 大学病院におけるチーム医療等によっては、下部構造担当者と上部構造担当者が異なる症例を提出することもできますが、面接試験においては治療全般にわたる知識と理解が問われることをご留意ください。
- ・ 少数例であれば補綴物の不具合や軽度骨吸収などが認められる要経過観察症例を提出することもできますが、面接試験において内容について問われることをご留意ください。
- ・ 1 顎 1 症例ですから 1 名の患者で 2 症例まで提出することが可能です。

※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

## 2. 症例写真について

- ・ 100症例について、各症例の術前および上部構造装着後3年以上経過時の画質の良いパノラマエックス線写真を、症例番号、撮影日、術前・術後、治療内容分類記号が分かるように記入して、A4の光沢紙1枚にまとめて印刷して提出してください。
- ・ 指導医申請時症例に関する必要書類（HP掲載）を参考に資料を作成してください。

※その他詳細は、ホームページの「口腔インプラント指導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。その他学会HP（<http://www.shika-implant.org/certification/specialty/index.html>）、専門医制度内の専門医制度規程を確認ください。

## 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）インプラント太郎



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) インプラント太郎



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。