**専門医更新チェックリスト（2024年度版）**

※2017年1月1日から2021年12月31日までに上部構造装着を終了した症例についての審査となります。

▼下記の項目について右端に確認チェック( ﾚ )のうえ申請書類に添え提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  氏名  <自筆> | |  | 専門医登録番号 | 指導医登録番号 | | | |
|  |  | | | |
| 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（名前は自筆、それ以外は可能な限りパソコンで記載のこと）。 | | |  | | |
| 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５万３千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 | ４ | 所定の用紙に必要事項を記載しましたか。 | | |  | | |
| 参加歴 | ５ | 会員マイページの「大会参加情報」および「講習会等参加情報」のPDFの写しを添付しましたか。 | | |  | | |
| 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。 | | |  | | |
| ３号様式  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を１５単位（３回）以上含んでいますか。 | | |  | | |
| ９ | 更新認定期間内に開催された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。 | | |  | | |
| 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  （ <https://www.shika-implant.org/certification/specialty/huhyo2.html> ）  専門医制度附表２に記載があります。 | | |  | | |
| ３号様式２ | 規程通り業績１０単位以上を満たし、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単位を超えていれば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  （ 特別号も含む ）のコピー１部を添付してください。 | | |  | | |
| ３号様式３ | 規程通り業績１０単位以上を満たし、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単位を超えていれば発表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。  ※本学会誌２９巻１号（2016年３月末以降）より電子版となったため、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/jsoiweb/loginmember/> ）。 | | |  | | |
| ４号 | 19 | 所属されている本学会指定研修施設から在籍証明書を作製してもらいましたか。 | | |  | | |
| ５号様式 | 20 | 指導医の自筆サイン、検印、インプラントの種類など正しく記載されていますか。 | | |  |  |  | |
| 21 | 2017年1月1日以降に上部構造が装着された症例ですか。 | | |  |  |  | |
| 22 | 2024年12月31日までに上部構造装着後３年以上経過した症例ですか。 | | |  |  |  | |
| 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。 | | |  |  |  | |
| 24 | Ⅰ症例概要、主訴、既往歴、現病歴、現症、診断名、Ⅱ治療内容、Ⅲ経過と考察、Ⅳ結論という順番に記載されていますか。 | | |  |  |  | |
| 25 | 臨床経過の説明は、所定の様式内(５号様式)１枚に納まるよう記載されていますか。 | | |  |  |  | |
| 26 | 症例記載一覧の文章内に経過期間がわかる日付が記載されていますか。 | | |  |  |  | |
| 27 | パノラマエックス線写真及び口腔内写真は症例番号、日付が記入されていますか。 | | |  |  |  | |
| 28 | パノラマエックス線写真は両側顎関節まで撮影され、口腔内写真をA4光沢紙に印刷していますか。  ※顎関節を同時撮影できない場合は機種名を記載してください。 | | |  |  |  | |
| ６号 | 29 | 所定の用紙に必要事項を記載しましたか。 | | |  | | | |
|  | 30 | 本年度までの年会費を納入しましたか。 | | |  | | | |

**＊2020年度（2020年4月）からの取得単位が更新時に有効な単位です。**（更新延期者を除く）

専門医更新料：5万3千円

お振込先：

１）郵便局から振り込みの場合　（郵便局備え付の振替用紙《青色》をご利用ください）  
　　　・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

２）銀行から振り込みの場合

　　　・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)：ｺｳｴｷｼｬﾀﾞﾝﾎｳｼﾞﾝﾆﾎﾝｺｳｸｳｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄｶﾞｯｶｲﾆﾝﾃｲｲｲﾝｶｲ

※その他学会HP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レターパック、宅配便で送付してください。