

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認定JSOI専修医申請書

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

ふりがな

氏名 (自署) インプラント 太郎 印

自署

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修医制度によるJSOI専修医の資格を取得致したく、必要書類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、認定講習会受講終了証明証書(大学系研修施設は不要)、ケースプレゼンテーション合格証はA4サイズのコピー用紙を添えてください。

必要書類

- (1) JSOI専修医申請書 (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会員歴証明書 (4号様式)
- (7) 学術大会参加記録 (5号様式)
- (8) 在籍証明書 (6号様式)
- (9) 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》
- (10) 認定講習会受講修了証明証書 (写) 《臨床系研修施設所属者のみ研修施設より発行》
- (11) 指導医推薦書 (7号様式)
- (12) ケースプレゼンテーション試験合格証 (写)
- (13) 症例一覧 (8号様式)
- (14) 同意書 (9号様式)
- (15) 術前と上部構造装着後2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修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 (自署) インプラント太郎

自署

イン  
プラ  
ン  
ト

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、専修医規程第9条の各号のいずれかに該当する場合には、速やかにJSOI専修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	西曆          年    月    日生
現住所			
学                    歴			
(西曆)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
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 (代議員、理事) <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) (〇〇大学歯博甲第〇〇〇号)
上記の通り相違ありません。			
西曆	年	月	日
			<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">自署</div> 氏名 (自署) _____ 印

4号様式

## 公益社団法人日本口腔インプラント学会会員歴証明書

**インプラント 太郎** 殿は、西暦 **2002**年 **9**月 **5**日から  
西暦 年 月 日まで継続 年 カ月間 公益社  
団法人日本口腔インプラント学会会員であることを証明致します。

西暦 年 月 日

公益社団法人日本口腔インプラント学会 印

1. 入会年月日は、会員証や学会HP掲載（<http://www.shika-implant.org/>）の会員マイページで確認できます。ご不明の場合は、事務局にお問い合わせください。  
（e-mail：[jsoi@peace.ocn.ne.jp](mailto:jsoi@peace.ocn.ne.jp)）
2. 氏名と入会日（上記赤字部分）のみ記載ください。  
その他、学会印、空欄等は書類提出後に事務局で記入いたします。

5号様式

学術大会参加記録

第30回学術大会以降は、参加証を学会（会員マイページ）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。それ以前の学会では、参加証のコピーを添付してください

（記載例）

1. 2012年9月21日～23日：第42回日本口腔インプラント学会学術大会（大阪）参加

1. 学術大会は本部学術大会、支部学術大会の2種類あります。本部学術大会と支部学術大会を各1回以上の出席が必要です。  
合計4回以上の参加が必要です。  
※各大会出席は1年に2回以上参加することも可能です。
2. 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。
3. 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。

6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。

研修施設長の自署と押印が必要

西暦 年 月 日

研修施設名 印

研修施設長 印

※6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、大学病院が発行するものとしその書式は問わない。

# 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 ○○ ○○ 印  
(研修施設長)

指導医 ○○ ○○ 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専修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。

## 5 症例一覧表

提出者氏名：

↓部位及び術式記号：左 2桁:欠損歯数、3桁:上(U)下(L)、4桁:通常(N)骨造成(G)、5桁:抜歯即時埋入の場合(S)

番号	患者名	年齢	性別	初診日	欠損部位	部位及び術式 記号入力	パノラマエックス線 術前撮影日	上部構造体 装着日	パノラマエックス線 2年以上経過 撮影日	経過及び予後
例	○山○男	45	男	2009.4.1	<u>654</u>   <u>567</u>	06UN	2009.3.10	2009.5.30	2011.5.31	良好
1										
2										
3										
4										
5										

※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。

※症例の術前及び上部構造装着後2年以上経過パノラマエックス線写真は、両顎関節まで撮像された鮮明なものをA4光沢紙に印刷して整理し、申請書類と一緒に送付すること。

※インプラント埋入前の術前パノラマエックス線写真は、原則として欠損の状態が確認できるものであること。但しない場合は、当該部位のデンタルエックス線写真もしくはCT等を追加すること。新規申請時必要書類に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 ([http://www.shika-implant.org/certification/dfile/sinsei\\_senshyu\\_hituyosyorui\\_2018.pdf](http://www.shika-implant.org/certification/dfile/sinsei_senshyu_hituyosyorui_2018.pdf)) しておりますので、この書式に従って書類を作成して下さい。



# 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  
(保護者氏名)

印

患者氏名は自署のこと。  
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。同意書は強制ではありません。