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

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。

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)学術大会参加記録（会員マイページより該当ページの写し）

(７)在籍証明書（４号様式）

　　 （８)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≫

(９)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≫

(10)指導医推薦書（５号様式）

(11)ケースプレゼンテーション試験合格証（写）

(12)症例一覧（６号様式）

(13)患者または保護者の同意取得済み確認書（７号様式）

(14)｢禁煙宣言｣に対する同意書（８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。

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（代議員、理事） |  |  |
|  |  |  |  | ○○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

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。

５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。

６号様式

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)

下

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 | 上部構造体装着日 | ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 | 経過及び予後 |  |
| 術前撮影日 | 2年以上経過撮影日 |  |
| 例 | ○山○男 | 45 | 男 | 2009.4.1 | 17 - 15 | 03UN | 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。

※欠損部位はFDI方式で記載すること。

※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しておりますので、書式に従って書類を作成してください。

７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

８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。