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

西暦　　　　年　　　月　　　日

（自署）　　　　　　　　　 　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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。

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会員歴証明書（４号様式）

（７）日本口腔インプラント学会専門医認定証書（写）

（８）学術大会、専門医教育講座参加記録（５号様式）

（９）指導医の推薦書（６号様式）

（10）在籍証明書（７号様式）

（11）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≫

（12）業績（８号様式）

（13）症例一覧（９号様式）

（14）BLS、ACLS、ICLSのいずれかの講習会受講終了証（写）

（15）同意書（１０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し参照の事。

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　　　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、速やかに指導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）（○○大学歯学甲第○○○号） | | | | | |  | |  | |
|  | 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 | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | | |  |  |
|  | 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会員歴証明書

　　　　　　　　　　　　殿は、西暦　　　　年　　月　　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

５号様式

学術大会、専門医教育講座参加記録

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。

**（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・専門医教育講座受講

６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。

７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　　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．

８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．**指導太郎**、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

８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．**指導太郎**、〇〇〇〇、〇〇〇〇

　 〇〇〇〇を用いたインプラント治療

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

９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）：　　　　　　　　　　　１００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 | ｜567 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※専門医申請時の20症例と重複してもよい。※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。

※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。※多数歯欠損症例を15症例以上、骨造成症例を5症例以上含むこと。

※パノラマエックス線写真は、100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、ホームページの口腔インプラント指導医新規申請時必要書類（ <http://www.shika-implant.org/certification/dlfile/sinsei_sidou_hituyosyorui_201808.pdf> ）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下さい。

１０号様式

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。

　　　　　　患者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　印

　　　　　（保護者氏名）

　　　　　　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。**