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基礎系指導（医・者）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

　　　　　　　　　　　　　　　　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基礎系指導（医・者）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）基礎系指導（医・者）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）正会員証明書（４号様式）

（６）指導医の推薦書（５号様式）

（７）業績（６号様式）

（注）氏名以外データーで入力出来る部分はパソコンを用いて記入すること。

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　　　　　　　　　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、速やかに基礎系指導（医・者）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会修了 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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） |  |  |
|  |  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

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　　　　　　　　　印

**（研修施設長）**

指 導 医　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会基礎系指導（医・者）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

業績目録

研究論文（**著者名**、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日）

１．**基礎太郎**、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