***《 2018年度版 》***

**専修医更新申請者用チェックリスト＊必ず更新申請用紙に添付ください！**

・申請者氏名：　　　　専修医登録番号：

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

**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（名前以外は可能な限りパソコンで記載願います）。　　　　　　　　　　　　□

2．申請書（１号様式）裏面に５万１千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号様式**

3．所定の用紙に必要事項を記載しましたか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

**３号様式　≪以下は２０１４年（平成２６年）４月以降のものが有効≫**

4．参加した学術大会は開催年月日順に記入されていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

※本学会での過去の開催一覧は右記HPご参照ください⇒（ <http://www.shika-implant.org/class/sibu/old.html> ）

5． 受講した専門医臨床技術向上講習会は回数・開催年月日・場所が記載されていますか。　　　　　　　　　　　□

**４号様式**

6．本会の学術大会及び支部学術大会参加を３回以上含んでいますか（本部学術大会と支部学術大会を各１回は含む　　こと）。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

7．専門医教育講座受講を２回以上含んでいますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

8． 更新期間内に専門医臨床技術向上講習会受講を１回以上含んでいますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　□

　　※更新の５年間の間に開催された専門医臨床技術向上講習会の修了証書コピーを更新申請書に添付ください。

　※但し最初の資格更新時に限り専門医臨床技術向上講習会については資格取得前に受講したものも有効とする（学会員として受講したものに限る）。

●**専修医更新料【5万1千円】お振込先：**

**※郵便局からご利用の場合（郵便局備え付の振替用紙《青色》をご利用下さい）**  
・口座番号：００１００―７―６３１７９３・口座名：公益社団法人日本口腔インプラント学会 専修医

**※銀行からご利用の場合**　  
　・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：０６３１７９３  
　・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ｾﾝｼｭｳｲ

**※その他学会HP（** [**http://www.shika-implant.org/**](http://www.shika-implant.org/) **）に記載されている専修医制度規程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宅配便で郵送してください。**