

受付番号と受付年月日は何も記入しないこと。

1号様式

受付番号
受付年月日 年 月 日

公益社団法人日本口腔インプラント学会認定 専門歯科衛生士更新申請書

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

氏名は自筆、それ以外はすべて
パソコン入力。
現住所や電話番号やファックス
番号は連絡が付きやすいところの
ものが望ましい。

ふりがな
氏名 ○○ ○○ (自筆) 印

専門歯科衛生士登録番号 ○○

会員番号 ○○○○

住所 〒 ○○○○
○○○○○○○○

電話番号 ○○○○

ファックス番号 ○○○○

推薦者は口腔インプラント専門医に限る。
氏名を専門医の自筆で記入してもらう。

推薦者氏名 (口腔インプラント専門医 自筆)

○○ ○○ (専門医自筆) 印

公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門歯科衛生士制度による資格の更新を致したく、必要書類及び更新料を添えて申請致します。

必要書類

- (1) 公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門歯科衛生士更新申請書 (1号様式)
 - (2) 更新料納入済領収書 (写) (1号様式裏面に貼り付け)
 - (3) 学術大会参加記録 (2号様式)
 - (4) インプラント専門歯科衛生士教育講座受講記録 (3号様式)
 - (5) 取得単位数 (4号様式)
 - (6) 口腔インプラント専門医の推薦書 (5号様式)
 - (7) 在職機関所属長の在籍証明書 (6号様式)
 - (8) 在職機関所属長の推薦書 (7号様式)
- (注1) 氏名以外はパソコンを用いて記入すること。

平成29年7月30日改正

学術大会参加記録

(参加した学術大会を開催年月日順に記入してください。)

参加学術大会	開催年月日	開催地
(例) 第〇回社団法人日本口腔インプラント学会 学術大会	2009年〇月〇日～〇日	〇〇県
(例) 第〇回公益社団法人日本口腔インプラント学会 関東・甲信越支部大会	2010年〇月〇日～〇日	〇〇県

西暦で記入。

パソコン入力。
開催年月日順にわかり易く記入。(古い順)
参加歴について会員マイページから照会できます。
学術大会の日付・場所については学会ホームページの支部学術大会一覧からご確認ください。

インプラント専門歯科衛生士教育講座受講記録

(受講したインプラント専門歯科衛生士教育講座を開催年月日順に記入してください。)

受講教育講座	開催年月日	開催地
(例) 第〇回社団法人日本口腔インプラント学会 学術大会 インプラント専門歯科衛生士教育講座	2009年〇月〇日	〇〇県
(例) 第〇回公益社団法人日本口腔インプラント学会 近畿・北陸支部学術大会 インプラント専門歯科衛生士教育講座	2010年〇月〇日	〇〇県
	西暦で記入。	
受講歴について会員マイページから照会 できます。		

4号様式(1)

該当する単位数を記載すること

取得単位数(注1)

区 分	種 別	単 位
学会及び研修会 への出席 (注2)	日本口腔インプラント学会学術大会(10)(注3)	40 ど ち ら か 必 須
	日本口腔インプラント学会支部学術大会(10)(注3)	
	日本口腔インプラント学会専門歯科衛生士教育講座(10)※必須	70
	日本口腔インプラント学会指定研修施設(大学系、臨床系)主催の 研修会、及び本会支部が開催する年次大会以外に認定を受けた支部 学術研修会(5)(注4)	
	日本歯科衛生学会学術大会参加(5)(注5)	
	合 計	140
口腔インプラ ントに関する業績 (注6)	日本口腔インプラント学会誌への投稿論文筆頭著者(20)	
	日本口腔インプラント学会誌への投稿論文共同著者(10)	
	日本口腔インプラント学会認定学術誌への投稿論文著者(筆頭およ び共同)(5)	
	日本口腔インプラント学会学術大会での主演者(10)	10
	日本口腔インプラント学会支部学術大会の主演者(10)	
	日本口腔インプラント学会学術大会での共同演者(5)	5
	日本口腔インプラント学会支部学術大会の共同演者(5)	
	本会の学術大会又は支部学術大会において行った特別講演、本会イ ンプラント専門歯科衛生士教育講座講師(10)	
	日本口腔インプラント学会指定研修施設(大学系、臨床系)主催の 研修会での講演(8)	8
	合 計	23
取得単位合計		163

(注1) 所定の更新単位は、5年間で50単位以上とする。

(注2) 本会の学術大会参加20単位以上、専門歯科衛生士教育 講座受講20単位以上を含むこと。

(注3) 日本口腔インプラント学会学術大会と支部大会とを併催で行っている学術大会に参加した
場合には、大会参加歴は本部大会もしくは支部大会どちらか1回となる。

(注4) 日本口腔インプラント学会指定研修施設主催の研修会に関しては、参加証等のコピーまた
は4号様式(2)が必要。

(注5) 出席したことを証明する参加証等のコピーが必要。

(注6) 口腔インプラントに関する業績がある場合は、4号様式(3)及び4号様式(4)を作成
しなければいけない。

4号様式(2-1)

受講がない場合は提出不要
参加証等のコピーでも可

公益社団法人日本口腔インプラント学会
指定研修施設歯科衛生士研究会参加証明書

殿は 年 月 日に開
催した研修会に参加したことを証明致します。

年 月 日

研修施設名

印

4号様式(2-2)

受講がない場合は提出不要
参加証等のコピーでも可

公益社団法人日本口腔インプラント学会
支部主催学術研修会参加証明書

殿は 年 月 日に
開催した研修会に参加したことを証明致します。

年 月 日

支部名

支部長 印

4号様式(3)

業績目録がない場合は提出不要

業績目録

研究論文(著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日)、申請者の著者名に下線を引くこと。別冊1部を添付(コピーでも可)

1. ○○○○、○○○○、○○○○ (すべて記入)

○○○○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○巻 第○号

○○○頁～○○○頁掲載

○○○○年○月○日

西暦で記入

4号様式(4)

業績目録がない場合は提出不要

業績目録

学会発表および指定研修施設研修会演者(演者名、演題名、学会名、開催年月日・場所)

抄録のコピー1部を添付(抄録および発表日時、開催地のわかるもの)

1. ○○○○、○○○○、○○○○ (すべて記入)
○○○○を用いたインプラント治療
平成○年度日本口腔インプラント学会第○○回学術大会
○○○○年○月○日 ○○県

西暦で記入

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

日付はパソコン入力(西暦)。

専門医名 ○○○○ (専門医自筆) 印

住所 ○○○○

推薦者は、口腔インプラント学会専門医に限る。
専門医名を専門医の自筆で記入。
1名の専門医の推薦書が必要。

○○ ○○ 殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門
歯科衛生士としてふさわしい人格をそなえ、○○○○の学識と技能を有
しているのをここに推薦致します。

住所はパソコン入力・ゴム印・手書きどちらでも可。

本人の氏名はパソコン入力。

在職機関所属長の在籍証明書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

在籍機関名や所在地はパソコン入力、所属長名は自筆で記入。
複数の医療機関の場合は、すべての在職機関の所属長の証明が必要。

(西暦) ○○ 年 ○○ 月 ○ 日

在職機関名 ○○○○○○

所在地 ○○○○○○

所属長名 ○○○○ (所属長自筆) 印

○○○○殿は、本医療機関に在職していることを証明いたします。

氏名はパソコン入力。
在籍期間もパソコン入力。

在籍期間

(西暦) ○年 ○ 月 ~ (西暦) ○ 年 ○ 月

在籍中の場合は
“○年○月 (在籍中)”
と記入すること。

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

日付はパソコン入力(西暦)。 (西暦) ○○ 年 ○○ 月 ○ 日

在職機関名 ○○○○○○
所在地 ○○○○○○

所属長名 ○○○○ (所属長自筆) 印

在籍機関名や所在地はパソコン入力、所属長名は自筆で記入。
複数の医療機関の場合は、すべての在職機関の所属長の証明が必要。

住所はパソコン入力・ゴム印・手書きどちらでも可。

○○ ○○ 殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門
歯科衛生士としてふさわしい人格をそなえ、十分な学識と技能を有
しているのをここに推薦致します。

本人の氏名はパソコン入力。