**口腔インプラント専門医申請チェックリスト（2021年度版）**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  氏名  自署 | | <自筆> | |
| 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（氏名は自署、それ以外は可能な限りパソコンで記載のこと）。 |  |
| ２ | 施設長と指導医に全ての申請書類を確認してもらいましたか。 |  |
| ３ | 申請書(１号様式)裏面に３万２千円の認定審査料納入済領収書コピーが添付されていますか。 |  |
| ２号 | ４ | 誓約書に日付、氏名は自署、押印されていますか。 |  |
| ３号  様式 | ５ | 履歴書に記載例のとおり必要事項を記載されていますか。 |  |
| ６ | 顔写真は貼り付けましたか。 |  |
| ７ | 履歴書の内容に間違えはありませんか。最下段の氏名欄に自署、押印されていますか。 |  |
| ４号 | ８ | 学会会員歴は5年以上ですか。 |  |
| ９ | 会員歴証明書の氏名、入会日はパソコンで記載されていますか。 |  |
| ５号様式 | 10 | 参加した学術大会は開催年月日順に記載されていますか。  ※本学会での過去の開催一覧は下記HPをご参照下さい  （ <https://www.shika-implant.org/class/sibu/old.html> ） |  |
| 11 | 学術大会及び支部学術大会参加を８回以上含んでいますか。 |  |
| 12 | 専門医教育講座受講を３回以上含んでいますか。 |  |
| ６号様式 | 13 | 施設長と指導医に申請書類と症例・症例一覧表を確認してもらいましたか。 |  |
| 14 | 推薦者の氏名と上段の記入年月日はパソコンで記載されていますか。 |  |
| 15 | 施設長と指導医の氏名欄に自署、押印されていますか。 |  |
| ７号様式 | 16 | 研修施設在籍証明書の氏名、入会日はパソコンで記載されていますか。 |  |
| 17 | 研修施設長の氏名欄に自署、押印されていますか。研修施設名は印鑑でも構いません。 |  |
| 18 | 大学系研修施設所属の方は、所属大学公印のある在籍証明書を添付されていますか。 |  |
| ８号様式  １ | 19 | 研究論文は、著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日の順に記載されていますか。 |  |
| 20 | 申請者の著者名に下線が引かれていますか。 |  |
| 21 | 表紙と該当内容が添えられた別冊１部が添付（コピーでも可）されていますか。  ※当学会の業績を添付する場合、○巻○号と記載された表紙と学会誌該当抄録  （ 特別号も含む ）のコピー１部を添付してください。 |  |
| ８号様式  ２ | 22 | 学術大会発表を2回以上（共同演者可）含んでいますか。 |  |
| 23 | 研究報告発表は、演者名、演題名、学会名、開催年月日・都道府県の順に記載されていますか。 |  |
| 24 | 申請者の演者名に下線が引かれていますか。 |  |
| 25 | 表紙と該当内容が添えられた別冊１部が添付（コピーでも可）されていますか。  ※本学会誌２９巻１号（2016年３月末以降）より電子版となったため、会員マイページより抄録を印刷し申請書に添付してください（その場合表紙は不要）。  本学会会員マイページ（ <https://service2.kktcs.co.jp/jsoiweb/loginmember/> ）。 |  |
| ９号様式 | 26 | 氏名は自筆で記入されていますか。 |  |
| 27 | 2021年(令和3年)9月5日までに上部構造装着後３年以上経過した症例ですか。 |  |
| 28 | 症例番号は欠損歯数の多い順、上部構造装着日が古い順で並んでいますか。 |  |
| 29 | 多数歯欠損症例を３症例以上、その内ボーンアンカードブリッジ症例を１症例以上含んでいますか。 |  |
| 30 | 欠損部位欄のカギ付き歯式に線を記入されていますか。 |  |
| 10号様式 | 31 | 同意書は患者氏名や住所、日付を手書きで記入してもらいましたか。  ※押印は患者の自署の場合は省略可。※暫定措置として全症例の同意書が無くても可。 |  |
| 32 | 医療機関名はパソコンで記載されていますか。 |  |
| パノラマエックス線写真 | 33 | パノラマエックス線写真に症例番号、撮影年月日、上顎・下顎、治療内容分類記号が記載されていますか。 |  |
| 34 | 症例記載一覧（９号様式）の日付と記載した撮影年月日が一致していますか。 |  |
| 35 | 術前のパノラマエックス線写真のインプラント治療部位に歯やブリッジのダミーがありませんか。※診断の根拠として欠損部位の状況が判読できる必要があります。 |  |
| 36 | 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は両側顎関節まで撮影されていますか。※顎関節を同時撮影できない場合は機種名を記載してください。 |  |
| 37 | 抜歯即時埋入手術で抜歯予定歯が残存している場合は、欠損歯部位の状況が判断できるＣＴやデンタルエックス線写真をA4光沢紙に別途印刷して添付しましたか。 |  |
| 38 | 20症例全てをA4光沢紙に印刷していますか。 |  |
|  | 39 | ケースプレゼンテーション試験合格証（写）を添付しましたか。 |  |

専門医更新料：３万２千円

お振込先：

１）郵便局から振り込みの場合　（郵便局備え付の振替用紙《青色》をご利用下さい）  
　　　・口座番号：００１５０―９―６０８４１３

　　　・口座名　：公益社団法人日本口腔インプラント学会認定委員会

２）銀行から振り込みの場合

　　　・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：０６０８４１３  
　・カナ氏名(受取人名)：コウエキシャダンホウジンニホンコウクウインプラントガッカイ

ニンテイイインカイ

※その他学会HPに記載されている専門医制度規定・施行細則を参照の上、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。