

1号様式

記載不要

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専門医申請書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

作成された日付を記載ください。

西暦

○年

○月

○日

いんぷらんと たろう

氏名 (自署) インプラント 太郎

インプラ

自署

住所 〒108-0014

東京都港区芝4-3-5ファースト岡田ビル8階

電話番号

03-5765-5510

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専門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

下記、認定審査料納入済領収書、歯科医師免許証、認定講習会受講終了証明証書(大学系研修施設は不要)、ケースプレゼンテーション試験合格証はA4サイズのコピー用紙を添えてください。

- (1) 専門医
- (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) 会員歴証明書 (4号様式)
- (7) 学術大会、専門医教育講座および専門医臨床技術向上講習会参加記録 (5号様式)
- (8) 専門医教育講座受講証 (臨床系併用型研修施設のみ)
- (9) 指導医推薦書 (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) 認定講習会受講終了証明証書 (写) 《臨床系研修施設所属者のみ研修施設より発行》
- (13) ケースプレゼンテーション試験合格証 (写)
- (14) 業績 (8号様式)
- (15) 症例一覧 (9号様式)
- (16) 同意書 (10号様式)
- (17) 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) インプラント 太郎

イン
プラ

自署

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、速やかに専門医証を返却することを誓います。

履 歴 書

(記載例)

顔写真
(カラー)
2.5cm×
3cm

氏 名		男 ・ 女	西暦 年 月 日生
現住所			
学 歴			
(西暦)年	月	日	<input type="checkbox"/> 〇〇大学歯学部卒業 <input type="checkbox"/> 〇〇大学大学院歯学研究科入学 <input type="checkbox"/> 〇〇大学大学院歯学研究科修了
職 歴			
			<input type="checkbox"/> 〇〇大学歯学部研修医 <input type="checkbox"/> 〇〇大学研究生 <input type="checkbox"/> 〇〇大学助手 <input type="checkbox"/> 〇〇歯科医院勤務 <input type="checkbox"/> 〇〇歯科医院開業 現在に至る
本学会及び社会における活動			
			<input type="checkbox"/> 公益社団法人日本口腔インプラント学会会員 <input type="checkbox"/> 〇〇学会会員
免許・資格			
			<input type="checkbox"/> 歯科医師免許 (歯科医籍登録第〇〇〇〇〇〇号) <input type="checkbox"/> 博士 (歯学) (〇〇大学歯学甲第〇〇〇号)
上記の通り相違ありません。			
西暦	年	月	日
			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">自署</div> 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

インプラント 太郎 殿は西暦 **2000**年 **4**月**20**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

1. 入会年月日は、会員証や学会HP掲載（<http://www.shika-implant.org/>）の会員マイページで確認できます。ご不明の場合は、事務局にお問い合わせください。
（e-mail：jsoi@peace.ocn.ne.jp）
2. 氏名と入会日（上記赤字部分）のみ記載ください。
その他、学会印、空欄等は書類提出後に事務局で記入いたします。

5号様式

学術大会、専門医教育講座参加記録

第30回学術大会以降は、参加証は学会（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。それ以前の学会では、参加証・教育講座受講証のコピーを添付してください

（記載例）

1. ○○○○年 9月21日～23日：第○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

1. 学術大会は本部学術大会、支部学術大会の2種類あります。本部学術大会と支部学術大会を各1回以上の出席が必要です。
合計8回以上の参加が必要です。
※各大会出席は1年に2回以上参加することも可能です。
2. 学術大会参加記録は学会HP掲載（<http://www.shika-implant.org/>）の会員マイページで確認ができます。
3. 過去の学術大会開催日程一覧は学会HP大会一覧（<http://www.shika-implant.org/class/sibu/old.html>）に記載しております。

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

研修施設長・指導医の自署と押印が必要

西暦 ○年 ○月 ○日

指導医（自署）○○ ○○ 印
(研修施設長)

指導医（自署）○○ ○○ 印

インプラント 太郎 殿は、公益社団法人日本口腔インプラント学会専門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。

※指導医1名は、所属する研修施設の研修施設長より頂いてください。もう1名は、研修施設内の指導医かお知り合いの指導医の先生より署名、押印を頂いてください。

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

インプラント 太郎 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。

研修施設長の自署と押印が必要

西暦 年 月 日

研修施設名 印

研修施設長（自署） 印

※7号様式は、所属する研修施設の研修施設長より在籍証明書に記入してもらう必要があります。また、複数の研修施設に所属した場合は、すべての研修施設の在籍証明書が必要です。

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、項、発行日)、別冊1部を添付(コピーでも可)

記載例

1. インプラント太郎、○○○○、○○○○
○○○○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
西暦○○○○年○月○日発行

1. 口腔インプラントに関する論文を本会学会誌又は委員会が認める外国雑誌(英文誌)に1編以上筆頭で発表していることが原則ですが、原著(基礎研究、臨床研究)では上位3名まで、総説論文では上位2名まで筆頭著者として認めています。ただし、症例報告、調査・統計、資料、依頼論文は筆頭著者のみです。また、ケースプレゼンテーション論文も論文として認めます。
2. 研究論文は表紙と該当内容が添えられた別刷1部を提出(該当箇所のコピーでも可)してください。但し本会学会誌に今後掲載予定の場合は掲載証明書を添付(コピー可)すれば業績扱いとします。
3. 外国雑誌(英文誌)に関しましては、PubMedに収録されている雑誌に限ります。申請に際しては論文の別刷、あるいはコピーに加え、論文の書誌情報が表示されたPubMedのスクリーンショットを添付すること。また、論文受理(アクセプト)されin pressとなっている論文については、受理証明書かアクセプトされたことがわかるe-mailのコピー等を提出すること。なお筆頭著者の取り扱いは本会学会誌と同じです。
4. 本学会誌29巻1号(2016年3月末以降)よりケースプレゼンテーション論文は電子版となり冊子には未掲載となります。29巻1号より学会HP内「学会誌・支部大会・ケースプレゼンテーション論文」のページにて閲覧できますので掲載該当の先生はそちらから論文を印刷するか別刷を提出してください(電子版の場合表紙添付は除きます)。

その他詳細は、学会HP掲載(<http://www.shika-implant.org/certification/specialty/index.html>)の専門医制度規程、同施行細則をご覧ください。

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

記載例

1. インプラント太郎、〇〇〇〇、〇〇〇
〇〇〇〇を用いたインプラント治療〇
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

1. 必ず〇巻〇号と記載された学会誌に掲載されている抄録と表紙のコピー1部を添付してください。21巻以降は学会誌特別号も含まれます(21巻特別号より前の本部学術大会(第37回以前)及び支部学術大会の抄録集のコピーは認められません。但し学会誌掲載前の支部学術大会の抄録のみ認めます)
2. 上記8号様式(2)にて業績添付の場合、本学会誌29巻1号(2016年3月末以降)より支部学術大会講演要旨は電子版となり冊子には未掲載となります。29巻1号より学会HP内「学会誌・支部大会・ケースプレゼンテーション論文」のページにて閲覧できますのでそちらから該当抄録を印刷し申請書に添付ください(電子版の場合表紙添付は除きます)。
3. 下記20症例一覧表(9号様式)について
 - ・ 7歯欠損以上の症例が3症例以上必要です。
 - ・ 1顎1症例ですから1名の患者で2症例まで提出することが可能です。
 - ・ 大学病院におけるチーム医療等によっては、下部構造担当者と上部構造担当者が異なる症例を提出することもできますが、面接試験においては治療全般にわたる知識と理解が問われることをご留意ください。
 - ・ 少数例であれば補綴物の不具合や軽度骨吸収などが認められる要経過観察症例を提出することもできますが、面接試験において内容について問われることをご留意ください。
4. 症例写真について
 - ・ 画質の良いパノラマエックス線写真(術前、上部構造装着後3年以上経過時の術後写真)に症例番号、撮影日、術前・術後、治療内容分類記号が分かるように記入しA4光沢紙に印刷して提出ください。
※「専門医申請時症例に関する必要書類(HP掲載)」を参考に資料を作成してください。

氏名(自署) :

20症例一覧表

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)

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	パノラマエックス線 術前撮影日	上部構造 装着日	パノラマエックス線 3年後撮影日	経過及 び予後
例	○田○郎	45	男	2015.1.1	┆567	専門太郎	専門太郎	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												

※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ブリッジ(粘膜負担のない上部構造)を含むこと。
 ※パノラマエックス線写真は、20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「口腔インプラント専門医新規申請時必要書類」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。

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。

上記日付と、左記担当者氏名は申請される先生の氏名、年月日を記載ください。

患者氏名
(保護者氏名)

印

患者氏名は自署のこと。
患者が20歳未満の場合保護者の氏名を記載ください。

住 所 (患者住所)

※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。

※本紙は同意書の例文です。上記の条件を満たした同意書であれば貴院のオリジナルでも可能です。同意書の原本は貴院に保存し、コピーしたものを提出してください。同意書は強制ではありません。