***《 2018年度版 》***

**専門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！**

**2011年(平成23年)1月1日から2015年(平成27年)12月31日**までに上部構造装着を終了した症例について診査

・申請者氏名：　　　　専門医登録番号：　 　指導医登録番号**(未取得の場合、右記無に丸を記載願います)**：　　　無

　　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．書類に不備がないか指導医に確認してもらいましたか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □

3．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**

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

**３号様式**※規程通り単位を超えていれば他学会の参加章は無くてもかまいません。

5．参加した学術大会は開催年月日順に記入されていますか。本学会以外は参加章のコピーが添付されていますか。□

※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> ）

6．参加章のコピーは、日本歯科医学会の専門分科会、その関連学会、もしくは本会が認定した学会ですか。　　　□

**４号様式の（１）**

7．本会の学術大会及び支部学術大会参加を**５回以上**含んでいますか。　　　　　　　　　　　　　　　□

8．専門医教育講座受講**≪2014年（平成26年）４月より≫**を15単位(**３回**)以上含んでいますか。□

9． **更新期間内に専門医臨床技術向上講習会受講を10単位(1回参加)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。

10．学会及び研修会への出席単位合計が**６０単位**を超えていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　□

11．口腔インプラントに関する業績を**１０単位以上**含んでいますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

12．学術大会及び研修会への出席並びに口腔インプラントに関する業績の合計が**８０単位**を超えていますか。　□

※認定学術誌は附表２に従う。右記学会HP（ <http://www.shika-implant.org/certification/specialty/huhyo2.html> ）

専門医制度附表２に記載があります。

**４号様式の（２）**※規程通り業績１０単位以上を満たし、学会及び研修会への出席並びに口腔インプラント

に関する業績で８０単位を超えていれば論文は無くてもかまいません。

13．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。　　　　　　　　　　□

14．申請者の著者名に下線が引かれていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　□

15．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○号と記載がされた表紙と学会誌該当抄録（ ２５巻特別号以降も含む )のコピー

１部を用意し添付してください。

　**４号様式の（３）**※規程通り業績１０単位以上を満たし、学会及び研修会への出席並びに口腔インプラント

に関する業績で８０単位を超えていれば研究報告発表は無くてもかまいません。

16．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。　　　　　□

17．申請者の演者名に下線が引かれていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　□

18．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○号と記載がされた表紙と学会誌該当抄録（ ２５巻特別号以降も含む ) のコピー

１部を用意し添付してください。

　　※上記４号様式（３）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内会員マイページにて閲覧予定となりますので該当の先生

方は会員マイページより抄録を印刷し申請書に添付ください（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/> ）。

　 **５号様式**

19**.** 先生が所属されている本学会指定研修施設から在籍証明書の作成を頂きましたか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

**６号様式** ※対象期間が拡大されました。下記３症例についてチェックしてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症例１　症例２ 症例３

20．指導医の検印、インプラントの種類など所定の位置に正しく記載されていますか。　　　　□　　　□　　　□

21．**2011年(平成23年)１月１日**以降に上部構造が装着された症例ですか。　　　　　　　　　　 　□　 　□　　　□

22．**2018年(平成30年)12月31日**までに上部構造装着後３年以上経過した症例ですか。　　　　　　 □　　 □　　　□

23．初診日、埋入部位、埋入日、上部構造装着日、経過観察日が記載されていますか。　　　　□　　　□　　　□

24．インプラント体の長さ・直径が文章内にも記載されていますか。　　　　　　　　　　　　□　　　□　　　□

25． 臨床経過の説明は、所定の様式内(６号様式)1枚に納まるよう記載されていますか。　　　　□　　　□　　　□

　　※やむを得ず複数枚数になる場合は文字のポイントを変更し1枚に収めてください。

26．症例記載一覧の文章内に経過期間がわかる日付が記載されていますか。　　　　　　　　　□　　　□　　　□

27．パノラマエックス線写真及び口腔内写真は症例番号、日付が記入されていますか。　　　　　　　　　 　　　 □　　　□　　　□

28．パノラマエックス線写真は両顎関節まで撮影され、口腔内写真をA4光沢紙に印刷していますか。　 □　　 □　　　□

※顎関節と同時撮影できないパノラマエックス線の場合は機種名を記載してください。

●**専門医更新料【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》をご利用ください）**
・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

**※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：０６０８４１３
　・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ﾆﾝﾃｲｲｲﾝｶｲ

**※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門医制度規程・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。**