HP 掲載の最新版を使用してください。

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指導医申請書

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　　〇年　　〇月　　〇日

いんぷらんと　たろう

氏名（ふりがな）（自署）インプラント　太郎　印

自署

インプラ

会員番号 054321

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指導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。

下記、認定審査料納入済領収書、歯科医師免許証、専門医認定証書、BLS、ACLS、ICLSのいずれかの講習会受講終了証はＡ4 サイズのコピー用紙を添えてください。

必要書類
（１）指導医申請書（１号様式）
（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）日本口腔インプラント学会専門医認定証書（写）
（７）学術大会、専門医教育講座参加記録（会員マイページより該当ページの写し）
（８）指導医の推薦書（４号様式）
（９）在籍証明書（５号様式）
（10）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≫
（11）業績（６号様式）
（12）症例一覧（７号様式）
（13）ＢＬＳ、ＡＣＬＳ、ＩＣＬＳのいずれかの講習会受講終了証（写）
（14）患者または保護者の同意取得済み確認書（８号様式）
（15）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　　〇年　〇月　〇日

氏名（自署）インプラント　太郎　　印

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、速やかに指導医証を返却することを誓います。

3号様式

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	○○大学歯学部卒業 ○○大学大学院歯学研究科入学 ○○大学大学院歯学研究科修了
職　　歴			
			○○大学歯学部研修医 ○○大学研究生 ○○大学助手 ○○歯科医院勤務 ○○歯科医院開業 現在に至る
本学会及び社会における活動			
			公益社団法人日本口腔インプラント学会会員 ○○学会会員
免許・資格			
			歯科医師免許（歯科医籍登録第○○○○○○号 博士（歯学）（○○大学歯学甲第○○○号）
本会入会年月日			(西暦)２００３年４月２０日～現在(継続２０年４か月)

入会年月日は、会員証や会員マイページから確認できます。

上記の通り相違ありません。

西暦　　年　　月　　日

自署

氏名（自署）　　印

学術大会、専門医教育講座参加記録について

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回出席が必要です。
   ※各大会出席は１年間に２回以上参加することも可能です。
   ただし、申請期日からさかのぼり**直近の１０年間**で１０回以上参加と申請期日からさかのぼり**直近の３年間**で３回以上の専門医教育講座の受講が必要です。
2. 学術大会および専門医教育講座参加記録は学会ＨＰ掲載（ http://www.shika-implant.org/ ）の会員マイページの登録情報閲覧ページの「大会参加情報」から情報をPDF発行して申請書に加えてください。

PDF発行例

公益社団法人日本口腔インプラント学会 大会参加情報

会員番号	054321	フリガナ	ｺﾎﾝｺｳｸｳｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ ｶﾞｯｶｲ	支部	関東・甲信越支部
		氏名	日本口腔インプラント　学会		

(*)専門医教育講座は本部・支部大会以外で開催された分が表示されます。

年度	本部学術大会	本部学術大会　教育講座	東・北支部　大会	東・北支部　教育講座	関・甲支部　大会	関・甲支部　教育講座	中部支部　大会	中部支部　教育講座	近・北支部　大会	近・北支部　教育講座	中・四支部　大会	中・四支部　教育講座	九州支部　大会	九州支部　教育講座	五回WC出欠	五回WC受講	関東25出欠	関東25講	専門医教育講座*
1998	1																		
2004					1														
2008													1	1					
2009					1	1													
2010	1	1																	
2011	1	1																	
2012	1	1																	
2013	1	1	1	1															
2014	1	1																	
2015	1	1																	
2017	1	1																	
2019	1	1							1	1									
2021									1										

４号様式

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　　〇年　〇月　〇日

指導医（自署）〇〇　〇〇　　印
（研修施設長）

指導医（自署）〇〇　〇〇　　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指導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。

５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。

西暦　　年　　月　　日

研修施設長の自署と押印が必要

研修施設名　　印

研修施設長　　印

※５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，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．

６号様式（１）

業績目録

研究論文（著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、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、〇〇〇〇、〇〇〇〇
〇〇〇〇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
第〇巻　第〇号　〇〇〇頁～〇〇〇頁掲載
西暦〇〇〇〇年〇月〇日発行

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雑誌に６編以上発表していること。ただし、筆頭著者である論文を3編以上含むこと。また、本会学会誌論文１編以上を含むことが条件となりますが、専門医と同じく本会学会誌に限り、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。また症例報告、調査・統計、資料、依頼論文は筆頭著者のみです。他学会誌ではこの措置はありませんので、必ず筆頭著者であることが必要です（例：筆頭著者３編の扱いで本会学会誌以外の他学会誌の筆頭著者を添付する場合、上記筆頭著者の扱いでなく、最上位のみを筆頭として認めますのでご注意ください）。また、ケースプレゼンテーション論文も指導医の論文業績に認めますが筆頭著者論文とは認めません。
２．外国雑誌（英文誌）に関しましては、PubMedに収載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。
３．研究論文は表紙と該当論文が添えられた別刷１部を提出（該当論文箇所コピーでも可）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。

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、同施行細則内の指導医項目をご覧ください。

６号様式（２）

業績目録

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
　〇〇〇〇を用いたインプラント治療
　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．本会学術大会及び支部学術大会において６回以上発表（内２回は主演者）を行っていることが条件です。
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部を提出してください。21巻以降は学会誌特別号も含みます。（21巻特別号より前の本部学術大会（第37回以前）及び支部学術大会で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６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．下記症例一覧表（７号様式）について
・７歯欠損以上の補綴症例が１５症例以上、骨造成（増生）を実施した症例を５例以上含むこと。骨造成（増生）症例には、施術内容が判定できる術中写真もしくはパノラマエックス線写真を別途提出すること。
・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。
・その他学会ＨＰ（http://www.shika-implant.org/certification/specialty/index.html ）
専門医制度内の専門医制度規程13条、施行細則15条を確認ください。

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てA4の光沢紙に印刷して提出してください。
指導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。

７号様式

氏名（自署）：

１００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	ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線術前撮影日	上部構造装着日	ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線3年後撮影日	経過及び予後
例	○田○郎	45	男	2015.1.1	25－27	指導太郎	指導太郎	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												

患者名は例に倣って匿名化すること

欠損部位 FDI 方式記載例
765|欠損→17-15
7＋7 欠損→17-27
7652｜6 欠損→17-15,12,26
62＋245 欠損→46,42-32,34,35

※専門医申請時の20症例と重複してもよい。※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。
※欠損部位はFDI方式で記載すること
※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ドブリッジ（粘膜負担のない上部構造）を含むこと。※多数歯欠損症例を15症例以上、骨造成症例を5症例以上含むこと。
※パノラマエックス線写真は、100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、ホームページの「口腔インプラント指導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。

８号様式

患者または保護者の同意取得済み確認書

今回使用する患者情報（画像検査写真、病態写真、診療録記載内容など）について、プライバシー保護に配慮し，患者が特定されないよう十分配慮した上で使用させて頂く事について説明し、患者または家族から同意を得ています。

また、患者プライバシー保護などに関して問題が発生した場合は、わたしが責任を負うことを誓います。

西暦　　〇　年　〇月　〇日

氏名（自署）インプラント太郎　印（インプラ）