１号様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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定研修施設更新申請書

（臨床研修施設用）

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

施設名　　　　　　　　　　　　　　印

施設長名（自署）　　　　　　　　　　　　　印

住所　〒

電話番号

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研修施設の更新を致したく、必要書類及び更新手数料を添えて申請致します。

必要書類

（１）更新申請書（１号様式）

（２）更新料納入済領収書（写）（申請書裏面に糊付ける）

（３）指導医及び専門医取得者氏名（２号様式）

（４）講習会受講者名簿（３号様式）

（５）取得単位数（４号様式）

（６）研修施設設備チェックリスト（５号様式）

（注）パソコンを用いて記入すること。

２号様式

指導医及び専門医取得者氏名

（所属の指導医及び専門医をすべて記載してください）

指導医取得者氏名 登録番号 第 号

登録年月日 西暦　　　　年　　　月　　　日

専門医取得者氏名 登録番号 第 号

登録年月日 西暦　　　　年　　　月　　　日

専門医取得者氏名 登録番号 第 号

登録年月日 西暦　　　　年　　　月　　　日

３号様式

講習会受講者名簿

受講者名、在籍県名、受講期間等を記入

記載例

受講者名〇〇〇〇

在籍県 〇〇県

受講期間　西暦〇年〇月〇日～西暦〇年〇月〇日

４号様式（１）

取得単位数表

|  |  |
| --- | --- |
| 種　　　　別 | 単　位 |
| 日本口腔インプラント学会学術大会研究報告発表（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会支部学術大会研究報告発表（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会誌投稿論文（10） |  |
| 日本口腔インプラント学会認定学術誌投稿論文（5） |  |
| 商業誌投稿論文（3） |  |
| 研究会誌投稿論文（3） |  |
| 単行図書（10） |  |
| 会報発行（2） |  |
| 認定講習会開催1回（20） |  |
| 合　　　　計 |  |

（　）：認定単位数

1. 5年間に40単位以上必要とする．
2. 臨床研修施設は，講習会開催を20単位以上含むこと．
3. 大学系研修施設は，本会の学術大会又は支部学術大会における研究報告発表を10単位以上含むこと．
4. 日本口腔インプラント学会認定学術誌は，附表2に従う．
5. 認定委員会が認める外国学術誌の論文は，日本口腔インプラント学会誌論文と同単位数とする

４号様式（２）

業績目録

研究論文（著者名、論文名、雑誌名、巻・号、発行日、頁）

※論文別刷りの表紙のコピーを添付して下さい。

記載例

１．〇〇〇〇、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　西暦〇年〇月〇日発行

 〇〇〇頁～〇〇〇頁掲載

４号様式（３）

業績目録

研究報告発表（演者名、演題名、学会名、開催年月日・場所）

* 発表の抄録コピーを１部添付して下さい。

記載例

１．〇〇〇〇、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

　　西暦〇年〇月〇日　〇〇市

５号様式

研修施設チェックリスト

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　該当に○ |
| **１．医療安全委員会の設置** |
| ① | 医療安全委員会の設置 | 　　有・無 |
| ② | 担当者名 |  | 　役職 |  |
| ③ | 医療安全マニュアル | 　　有・無 |
| **２．手術室の設置状況** |
| ① | 空気清浄機（細菌を減少させる機能があるかどうか） | 有・無 |
| ② | 手術室のユニット（清潔で破損していないもの，他のユニットと隣接しない位置に設置されているか） | 有・無 |
| ③ | ビデオ撮影装置（研修室と連動しているか） | 有・無 |
| ④ | 手術用ライト（無影灯など） | 有・無 |
| ⑤ | 清潔域を区切った手術室（ドアがあるか） | 有・無 |
| ⑥ | 静脈確保器具・備品 | 有・無 |
| ⑦ | 救急薬剤 | 有・無 |
| ⑧ | シャーカステンもしくはCT画像ディスプレイ | 有・無 |
| **３．関連備品･薬剤の設置状況** |
| ① | 高圧蒸気滅菌器 | 　クラスB　　クラスS　　クラスN　 |
| ② | 滅菌消毒器具（滅菌パック，ディスポーザブル器具などによる管理） | 有・無 |
| ③ | 手洗いコーナーの設置（非接触タイプ，ペーパータオル等の設置） | 有・無 |
| ④ | 生体情報モニタ（心電図，血圧，脈拍，酸素分圧など測定機器） | 有・無 |
| ⑤ | 酸素（笑気）吸入器および医療ガス | 有・無 |
| ⑥ | AED | 有・無 |
| ⑦ | エックス線装置の設置状況 | 遮蔽したレントゲン室 | 有・無 |
| デンタルエックス線装置 | 　デジタル･アナログ |
| パノラマエックス線装置 | 　デジタル･アナログ |
| ＣＴ装置 | 　有（歯科用･全身用）・無 |
| ⑧ | インプラントシステム（複数記入可） |
| １）２）３） | ４）５） |
| ⑨ | インプラント器具・器材の管理 | 　　有・無 |
| **４．研修室・視聴覚機器の設置と研修状況** |
| ① | 研修室（プロジェクター，スクリーン，机，椅子など備品を含む） | 有・無 |
| ② | ビデオモニター（手術室と連動しているか） | 有・無 |
| ③ | 講義資料・実習機材等の保存 | 有・無 |
| ④ | 年間計画書（講義・実習内容，講義時間，日時，講義担当者の記載） | 有・無 |