**専修医更新チェックリスト（2024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（自筆） |  | 専修医登録番号 | 会員番号 |
|  |  |
| 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。（名前は自筆、それ以外は可能な限りパソコンで記載のこと） |  |
| ２． | 申請書(１号様式)裏面に５万３千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 | ３． | 所定の用紙に必要事項を記載しましたか。 |  |
| 参加歴３号様式 | ４． | 会員マイページの「大会参加情報」および「講習会等参加情報」のPDFの写しを添付しましたか。 |  |
| ３号様式４号様式 | ５． | 本会の学術大会及び支部学術大会参加を３回以上含んでいますか。（本部学術大会と支部学術大会を各１回は含むこと） |  |
| ６． | 専門医教育講座受講を２回以上含んでいますか。 |  |
| ７． | 更新期間内に専門医臨床技術向上講習会受講を１回以上含んでいますか。 |  |
| ４号様式 | ８． | 所属されている本学会指定研修施設から在籍証明書を作製してもらいましたか。 |  |
|  | ９． | 本年度までの年会費を納入しましたか。 |  |

**＊2020年度（2020年4月）からの取得単位が更新時に有効な単位です。**（更新延期者を除く）

専修医更新料：５３,０００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》をご利用ください）
　　　・口座番号：００１００―７―６３１７９３

　　　・口座名　：公益社団法人日本口腔インプラント学会 専修医

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：０６３１７９３
　　　・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センシュウイ

※その他学会HPに記載されている専修医制度規程を参照の上、各自最終チェックを行い、学会事務局に書留・レターパックまたは宅配便で送付してください。