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専門医更新申請書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長　殿

西暦　　　　年　　　月　　　日

（自署）　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員番号

専門医登録番号

指導医登録番号

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専門医の更新を致したく、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）専門医更新申請書（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）誓約書（２号様式）

（４）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（会員マイページより該当ページの写し）

（５）取得単位数（３号様式）

（６）在籍証明書（４号様式）

（７）診療記録（５号様式）

（８）患者または保護者の同意取得済み確認書（６号様式）

（９）口腔内カラー写真及びパノラマエックス線写真

（10）チェックリスト（学会HP掲載）

（注１）BLS、ACLS、ICLSのいずれかの講習会に受講の場合修了証（写）を添付のこと。

（注２）自署以外はパソコンを用いて記入すること。申請書、症例報告作成方法等は

　　　　学会ホームページ専門医制度更新時必要書類を参照のこと。

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）　　　　　　　　　印

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、指導医証を返却することを誓います。

３号様式（１）

取得単位数（注1）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 種　　　　　　　別 | 単位 |
| 学会及び研修会への出席  (60単位以上必要)（注2） | 日本口腔インプラント学会本部学術大会（10） |  |
| 日本口腔インプラント学会支部学術大会（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会専門医教育講座（5） |  |
| 本会支部が開催する年次大会以外に認定を受けた支部学術研修会（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会専門医臨床技術向上講習会（10） |  |
| 日本歯科医学会総会（5） |  |
| 日本歯科医学会分科会加入の関連学会（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会が認定する口腔インプラントに関する国際学会（5） |  |
|  | 合　　計 |  |
| 口腔インプラントに関する業績  (10単位以上必要) | 日本口腔インプラント学会本部学術大会及び支部学術大会での主演者（15） |  |
| 日本口腔インプラント学会本部学術大会及び支部学術大会での共同演者（10） |  |
| 日本口腔インプラント学会誌への投稿論文筆頭著者（20） |  |
| 日本口腔インプラント学会誌への投稿論文共同著者（10） |  |
| 日本口腔インプラント学会認定学術誌への投稿論文著者  ≪ 筆頭（10）共著（5）≫　（注3） |  |
| 単行図書の筆頭著者（15） |  |
| 単行図書の共同著者（10） |  |
| 日本歯科医学会専門分科会加入学会における発表（5）（注4） |  |
| 本会の学術大会又は支部学術大会において行った特別講演、本会専門医教育講座、専門医臨床技術向上講習会の講演（10）（注5） |  |
| 大学，歯科医師会及び研修施設の研修会での講演・講義・実習（5）（注6） |  |
| 日本口腔インプラント学会専門医臨床技術向上講習会の2回目以降（10）（注7） |  |
| 過去5年以内に受講したBLS、ACLS、ICLSのいずれかの講習会（10） |  |
| 合　　計 |  |
| **総　　計** |  |
| 症例報告  （注8） | 専門医資格取得後又は更新後上部構造体を装着し、3年以上経過した3症例についてレポート形式（所定の５号様式）で報告すること(注9)(注10) |  |

**※上記内容の対象はすべて前回認定、更新後の5年間における実績とする．**

（注1）　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単位以上を必要とする．

（注2）　本部学術大会及び支部学術大会参加を計5回以上（本部学術大会と支部学術大会を1回

は含むこと）、専門医教育講座受講を15単位（３回）、専門医臨床技術向上講習会を10

単位（１回）以上含むこと．

（注3）　認定学術誌は、附表2に従う．

（注4）　本会の学術大会又は支部学術大会において行ったシンポジウム及び歯科医学会加入分科

会の学会において行ったシンポジウムもこの分類に相当する．

（注5）　 歯科医学会加入分科会の学会において行った特別講演等もこの分類に相当する．

(注6) 10単位を限度とする．

（注7）　 専門医臨床技術向上講習会を複数回出席した場合、２回目以降は10単位として口腔インプ

ラントに関する業績に充足することができる．

（注8） 症例報告に際しては、術前及び上部構造体装着後３年以上経過した症例の口腔内写真及

び顎関節を含むパノラマエックス線写真をA4光沢紙に印刷すること．

（注9） 報告症例は提出期限の前８年間に上部構造装着を終了し、提出期限までに３年以上経過

観察を行った症例を提出すること．

（注10） 専門医更新時に必要な3症例のうち1症例に限り、インプラント専門歯科技工士と協力した症例を選択した場合には、共同作業のポイントをレポートとして症例報告に記載し、別添として「症例についての証明書」を提出すれば、その症例は3年経過していなくても提出症例として認める．

（注11）　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からチェックリストをダウンロ

ードし、最終チェックを行ったチェックリストも提出すること．

３号様式（２）

業績目録

研究論文（**著者名**、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日）、申請者の著者名に下線を引くこと。別冊１部を添付（コピーでも可）

１．**更新太郎**、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○○○年〇月〇日発行

３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・都道府県）

事後抄録のコピー１部を添付（抄録および発表日時、開催地のわかるもの）

記載例

１．**更新太郎**、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　東京

３号様式（４）

研修会講演証明書

西暦　　　　年　　　月　　　日

研修施設名　　　　　　　　　　　　　　印

研修施設長名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の者は、本施設において行われた口腔インプラントに関する研修会の講師であったことを証明致します。

記

氏　　　　名

内　　　　容

研修会開催日　西暦　　 　年　　月　　日

４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

　　　　　　　　　　　　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研修して（いる・いた）ことを証明致します。

西暦　　　年　　月　　日

研修施設名　　　　　　　　　　　印

研修施設長（自筆）　　　　　　　　　　　印

５号様式（１）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指**指導医　　氏名（自署）** |  | | **指導医**  **検印** |  |  |
|  | 症例番号 | １ | 患者名 |  | 男・女 | | 才 |  | |
| インプラントの種類：（商品名、直径、長さ）  埋入部位（歯式） | | | | | | |  |
| 治療ないし手術の内容及び経過（本用紙１枚に収まる範囲内で詳細に記入すること）  初診日　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　術前ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ 線 　　年　　月　　日  埋入手術日　 　　年　　月　　日　　　　　　　　上部構造体装着日　　　年　　月　　日  上部構造装着後３年以上経過時ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　上部構造装着後３年以上経過時口腔内写真　　　　年　　月　　日  Ⅰ症例概要  　主　訴：  　既往歴：  　現病歴：  　現　症：  　診断名：  Ⅱ治療内容  Ⅲ経過と考察  Ⅳ結論 | | | | | | |

５号様式（２）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指**指導医　　氏名（自署）** |  | | **指導医**  **検印** |  |  |
|  | 症例番号 | ２ | 患者名 |  | 男・女 | | 才 |  | |
| インプラントの種類：（商品名、直径、長さ）  埋入部位（歯式） | | | | | | |  |
| 治療ないし手術の内容及び経過（本用紙１枚に収まる範囲内で詳細に記入すること）  初診日　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　術前ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ 線 　　年　　月　　日  埋入手術日　 　　年　　月　　日　　　　　　　　上部構造体装着日　　　年　　月　　日  上部構造装着後３年以上経過時ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　上部構造装着後３年以上経過時口腔内写真　　　　年　　月　　日  Ⅰ症例概要  　主　訴：  　既往歴：  　現病歴：  　現　症：  　診断名：  Ⅱ治療内容  Ⅲ経過と考察  Ⅳ結論 | | | | | | |

５号様式（３）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指**指導医　　氏名（自署）** |  | | **指導医**  **検印** |  |  |
|  | 症例番号 | ３ | 患者名 |  | 男・女 | | 才 |  | |
| インプラントの種類：（商品名、直径、長さ）  埋入部位（歯式） | | | | | | |  |
| 治療ないし手術の内容及び経過（本用紙１枚に収まる範囲内で詳細に記入すること）  初診日　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　術前ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ 線 　　年　　月　　日  埋入手術日　 　　年　　月　　日　　　　　　　　上部構造体装着日　　　年　　月　　日  上部構造装着後３年以上経過時ﾊﾟﾉﾗﾏｴｯｸｽ線 　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　上部構造装着後３年以上経過時口腔内写真　　　　年　　月　　日  Ⅰ症例概要  　主　訴：  　既往歴：  　現病歴：  　現　症：  　診断名：  Ⅱ治療内容  Ⅲ経過と考察  Ⅳ結論 | | | | | | |

６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　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）　　　　　　　　　印