　　　　　　　　　公益社団法人日本口腔インプラント学会認定

　　　　　　　　専門歯科衛生士認定申請書

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長 殿

申請年月日　　年　　月　　日

公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門歯科衛生士制度による資格を取得致したく、必要書類を添えて申請致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  申請者名 |  | 会員番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | E-mail |  |

＜＜受験者誓約書＞＞

私は、公益社団法人日本口腔インプラント学会倫理規程に則り、口腔インプラント治療の介助又はメインテナンスを行うことを通して

口腔インプラント治療の一翼を担うことを誓います。また、インプラント専門歯科衛生士制度規程第13条の各号に該当する場合には、速やかにインプラント専門歯科衛生士認定証を返却することを誓います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属長名 | 受験者が入力してください。 | |
| ※所属長が、推薦者を兼ねる場合は、ここにチェックしてください→ | |  |
| 所属機関名 | 受験者が入力してください。 | |
| 所在地 | 受験者が入力してください。 | |
| 在籍期間 | 受験者が入力してください。  　　　　　　　年　月　日　　から　　　　　　年　月　日（現在） | |

＜＜在職機関所属長の推薦書・在籍証明書＞＞冒頭の署名欄に電子署名することで有効となります。

本申請者は、公益社団法人日本口腔インプラント学会 認定専門歯科衛生士としてふさわしい人格をそなえ、十分な学識と技能を有しているのでここに推薦致します。また、本医療機関に上述の期間在籍していることを証明致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者名  （口腔インプラント専門医） | 受験者が入力してください。 |

＜＜専門医の推薦書＞＞　冒頭の署名欄に電子署名することで有効となります。

本申請者は、公益社団法人日本口腔インプラント学会 認定専門歯科衛生士としてふさわしい人格をそなえ、十分な学識と技能を有しているのでここに推薦致します。

|  |
| --- |
| 必要書類  （１）公益社団法人日本口腔インプラント学会認定専門歯科衛生士認定申請書  （２）試験審査料納入済領収書（画像を貼り付けまたはPDF添付）  （３）履歴書  （４）日本国歯科衛生士免許証（画像を貼りつけまたはPDF添付）  （５）学術大会参加記録、インプラント専門歯科衛生士教育講座受講記録（会員マイページより該当ページ画像を貼りつけまたはPDF添付） |

履 歴 書

顔写真 (カラー)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏名 |  | | | 男  •  女 | 年　　月　　日生 |
| ふ り が な  現 住 所 |  | | | | |
| 学 歴 | | | | | |
| 年 | 月 | 日 |  | | |
| 職 歴 | | | | | |
|  |  |  | 現在に至る | | |
| 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 | | |
| 賞 罰 | | | | | |
|  |  |  |  | | |
| 本会入会年月日 | | | （西暦）　　年　月　日～現在（継続 年 か月） | | |
| 上記の通り相違ありません。  年 月 日  氏名 | | | | | |