

▼ ケースプレゼンテーション試験チェックリスト

ケースプレゼンテーション試験受験には、必ず本人が以下の事項を確認し、所属の研修施設長にも確認を受けた上で当リストと共に発表症例の概要報告書、申請書を提出してください。

【申請者および研修施設長のチェック【☑】および署名捺印が無いものは受けません】

申請者 施設長

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. 申請者は日本口腔インプラント学会正会員歴が2年以上あり、ケースプレゼンテーション試験審査料を納めている |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. 術前口腔内写真（5枚法：正面・左右側方・上下咬合面観）、術前パノラマエックス線写真（顎関節を含む）、上部構造装着直後の口腔内写真、上部構造装着2年以上経過した時点での口腔内写真（5枚法：正面・左右側方・上下咬合面観）とパノラマエックス線写真（顎関節を含む）がある【術前パノラマエックス線写真においてインプラント治療部位が抜歯前のものである場合、抜歯窩の治療状況について評価した抜歯後の骨治癒を診断した追加画像診断資料等（エックス線検査画像等）がある（抜歯即時埋入の場合は不要）】 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. タイトルには、商品名や特殊な略号、句読点「,」「.」が入っていない |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. 薬機法（旧薬事法）上の未承認あるいは適応外の材料・医薬品等が使用された症例ではない |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. 所属名は学会指定研修施設になっている（受験には学会指定研修施設への所属が必要、1施設のみ記載） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. 学会指定研修施設での所属研修歴が2年以上でかつ学会指定研修施設で認定講習会（旧名：100時間コース）を修了している【大学系研修施設所属者については本学会専門医制度規程11条に規定された研修内容に相当する教育等を大学施設内で受け修了している】
また、 研修施設在籍証明書、認定講習会等の終了証明書の添付がある |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. 英文の受験者名は姓（すべて大文字）と名のイニシャル（大文字）である（例：東京 一郎：TOKYO I） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. 会員番号、緊急連絡先電話番号およびE-mailアドレスの記入がある |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. 抄録記載項目は、 I. 緒言、II. 症例の概要、III. 治療内容、IV. 経過と考察、V. 結論 の順になっている |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. 公益社団法人日本口腔インプラント学会用字用語規則に従っている（「ヶ月」（誤）→「か月」（正）、「・・・する事」（誤）→「・・・すること」（正）、「・・・の為」（誤）→「・・・のため」（正）など） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. 審査料の振込が証明できる書類のコピー（A4版、白黒可）を申請書類に添付している（原本は受験者が保管） |

※上記チェック欄（）に申請者と所属研修施設長の両方から必ずチェック（）を入れ、下記に署名と捺印の上、発表症例の概要報告書（施設長の自署と捺印済みのもの）、申請書と一緒に一つのpdfファイルにして提出してください。

上記チェック項目を全て確認致しました。

・申請者氏名(自署) _____ (印) _____ 年 月 日

・研修施設長氏名(自署) _____ (印) _____ 年 月 日