|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | 履　歴　書 | | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | |  | | | | | | 男 | |  | | |  |  | | |
|  | 氏　名 | |  | | | | | | ・ | | 西暦 年 月 日生 | | |  |  | | |
|  |  | |  | | | | | | 女 | |  | | |  |  | | |
|  | 現住所 | |  | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  | （西暦）年　月　日　　　　　学　　　　　　歴 | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  | 職　　　　　　歴 | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  | 本学会及び認定研修施設における活動 | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  |  | |  | 公益社団法人日本口腔インプラント学会　入会 | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  | 免許・資格 | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | | | | | |  |  |
|  | 認定講習会受講（大学系においては同等の研修を受けた）期間および研修施設名 | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | |  | ～ |  | |  | |  | | 施設名【　　　　　　　　　】 | |  |  |
|  | 上記の通り相違ありません。 | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  | 西暦　　　年　　月 日 | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  | 氏名 印 | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |

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　　か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　　　　　　　印

※所属の研修施設長に記載頂いてください。

公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設

認定講習会等修了証明書

　　　　　　　　　　　　　殿は公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設認定講習会（大学系においては認定講習会に相当する研修）を修了し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 　　　　　　　　　　印

※所属の研修施設長に記載頂いてください。

**※大学系研修施設所属の場合には、大学の公印が押された大学が発行する在籍（職）証明書が別途必要です。**

**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