

# ケースプレゼンテーション試験 申請書類作成時の注意事項

・申請時まで、当該年度までの年会費を必ず納入してください。

・提出PDFは1.発表症例の概要報告書、2.申請書、3.チェックリスト、4.その他書類（振込証明控え、大学発行在籍証明書〈大学所属者のみ〉など）の順で一つにまとめてください。

(サイズ上限は10MB以下。PDF変換ソフトや編集ソフトを利用して一つのPDF形式としてください《PDF編集フリーソフト参考例：Smallpdf、PDF24toolsなど》。PDFへの変換および編集ソフトについての問い合わせは学会事務局では対応しておりませんのでご了承ください。)

・アップロードする前に【メニュー>文書のプロパティ>ページサイズ】から、A4サイズである【210mm×297mm】であることを確認してください。

上記サイズ以外ですと、アップロードできない場合がございます。

【提出順】

1.発表症例の概要報告書  
(4ページ)

2.試験申請書  
(4ページ)

3.チェックリスト

4.その他書類  
振込証明控え、大学発行在籍証明書  
〈大学所属者のみ〉など

履 歴 書

年・月・日まで記載すること

|                   |                        |    |                              |       |    |            |
|-------------------|------------------------|----|------------------------------|-------|----|------------|
| 氏名                | イ<br>ト太郎               | 男  | 西暦                           | 1968年 | 1月 | 1日生        |
| 現住所               | 東京 港区芝4-3-5ファースト岡田ビル8階 |    |                              |       |    |            |
| (西暦) 年 月 日 学 歴    |                        |    |                              |       |    |            |
| 2004              | 4                      | 1  | 〇〇大学歯学部歯学科入学                 |       |    |            |
| 2010              | 3                      | 31 | 〇〇大学歯学部歯学科卒業                 |       |    |            |
| 2011              | 4                      | 1  | 〇〇大学大学院歯学研究科入学               |       |    |            |
| 2015              | 3                      | 31 | 〇〇大学大学院歯学研究科修了               |       |    |            |
| 職 歴               |                        |    |                              |       |    |            |
| 2010              | 4                      | 1  | 〇〇大学附属病院 臨床研修歯科医             |       |    |            |
| 2011              | 3                      | 31 | 同上退職 (歯科医師臨床研修プログラム修了)       |       |    |            |
| 2015              | 4                      | 1  | 医療法人〇〇会 〇〇歯科医院勤務             |       |    |            |
|                   |                        |    | 同上退職                         |       |    |            |
|                   |                        |    | △△歯科クリニック (〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地) |       |    |            |
|                   |                        |    | △△歯科クリニック管理者 (院長)            |       |    |            |
|                   |                        |    | 現在に至る                        |       |    |            |
| 本学会及び認定研修施設における活動 |                        |    |                              |       |    |            |
| 2010              | 4                      | 1  | 公益社団法人日本口腔インプラント学会 入会        |       |    |            |
| 2013              | 4                      | 1  | 〇〇研究会 入会                     |       |    |            |
| 免許・資格             |                        |    |                              |       |    |            |
| 2010              | 5                      | 24 | 歯科医師免許 (歯科医籍登録第〇〇〇〇〇〇号)      |       |    |            |
|                   |                        |    | (〇〇大学歯博甲第〇〇〇号)               |       |    |            |
| 2016              | 4                      | 1  | 2017                         | 3     | 31 | 施設名【〇〇研究会】 |
| 上記の通り相違ありません。     |                        |    |                              |       |    |            |
| 西暦 2023年 〇月 〇日    |                        |    |                              |       |    |            |
| 氏名                |                        |    |                              |       |    | 直筆で署名 印    |

学会入会年月日をよく  
確認すること

歯科医師免許番号は必  
ず記載すること

氏名のみ自署、その他  
PC入力

押印を忘れずに

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

申請者氏名の記載漏れがない  
ようにすること

インプラント太郎 殿は、西暦 2013 年 4 月 1 日  
から西暦2023 年 7 月 1 日まで継続 8 年 3 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。

いる・いた ○の付け忘れに注意  
西暦 2023 年 7 月 1 日

研修施設名 〇 〇 研 究 会 印  
研修施設長 直筆で署名 印

在籍期間が2年に満たない  
場合は複数枚提出するこ  
と、申請時までの証明書  
を提出すること

自署+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

申請者氏名の記載漏れがない  
ようにすること

**インプラント太郎** 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 2023 年 7 月 1 日

研修施設名 ○ ○ 研 究 会 印

研修施設長 直筆で署名 印

大学発行在籍証明書は、申請時までの期間の証明書を提出すること、在籍期間の記載された証明書を提出すること

自署+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、患者または家族からインフォームドコンセントを得ています。

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。

申請者の自署+印

西暦 2023 年 7 月 1 日

氏名（自署） **インプラント太郎** 印