（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

**公益社団法人日本口腔インプラント学会認定**

**専門歯科衛生士申請書**（2025年度版）

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　2025　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。

＜＜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。

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

＜＜在職機関所属長の推薦書・在籍証明書＞＞電子署名することで効となります。

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |

＜＜専門医の推薦書＞＞　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |

|  |
| --- |
| 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）（６）症例報告書（症例１～症例３）および、症例写真 |

\*年号は西暦を入力してください。

（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

履　歴　書

顔写真 (カラー)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 男•女 | 年　　　月　　　日生 |
| 現 住 所 |  |
| 年 | 月 | 学　　　　　　　　　歴 |
|  |  |  |
| 年 | 月 | 職　　　　　 歴 |
|  |  | 現在に至る |
| 年 | 月 | 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 |
| 年 | 月 | 賞 罰 |
|  |  |  |
| 本会入会年月日 | 　　　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　　　　　　　　　　　　　 |

（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

（６）症例報告書（症例１～症例３）および、症例写真

受験者チェックシート

以下の書類がそろっているか提出前に必ず確認してください。

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 提出書類タイトル |
|[ ]  症例報告書１ |
|[ ]  症例１：術前口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|[ ]  症例１：メインテナンス口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|[ ]  症例報告書２ |
|[ ]  症例２：術前口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|[ ]  症例２：メインテナンス口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|[ ]  症例報告書３ |
|[ ]  症例３：術前口腔内写真・パノラマエックス線写真 |
|[ ]  症例３：メインテナンス口腔内写真・パノラマエックス線写真 |

# 症例報告書１※専門医・所属長の先生は内容を精査したうえで電子署名を行ってください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **症例１** | 年 | 月生 | 男・女 |  |
| インプラント埋入部位 | 　 | 欠損形態 | 中間歯・遊離端無歯顎・その他 |
| 初診 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| インプラント埋入手術 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| 最終補綴 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| メインテナンス移行日 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 担当の有無 | 有・無 |
| 最新メインテナンス | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 担当の有無 | 有・無 |
| 主訴 |  |
| 症例の概要 |  |
| 治療に携わった内容検査指導介助メインテナンス口腔内管理等について |  |
| 考察（経過良好 と判断でき る判定基準） |  |

※フォントは MS 明朝，11 ポイントでパソコン入力して下さい．1,000 字以内に収めて下さい．

※性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい．

|  |
| --- |
| **症例１【術前】口腔内写真：　年　月　日****パノラマエックス線写真：　年　月　日** |
| 申請者氏名 |  |

|  |
| --- |
| **症例１【メインテナンス】口腔内写真：　年　月　日****パノラマエックス線写真：　年　月　日** |
| 申請者氏名 |  |

# 症例報告書２※専門医・所属長の先生は内容を精査したうえで電子署名を行ってください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **症例２** | 年 | 月生 | 男・女 | 才 |
| インプラント埋入部位 | 　 | 欠損形態 | 中間歯・遊離端無歯顎・その他 |
| 初診 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| インプラント埋入手術 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| 最終補綴 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| メインテナンス移行日 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 担当の有無 | 有・無 |
| 最新メインテナンス | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 担当の有無 | 有・無 |
| 主訴 |  |
| 症例の概要 |  |
| 治療に携わった内容検査指導介助メインテナンス口腔内管理等について |  |
| 考察（経過良好 と判断でき る判定基準） |  |

※フォントは MS 明朝，11 ポイントでパソコン入力して下さい．1,000 字以内に収めて下さい．※性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい．

|  |
| --- |
| **症例２【術前】口腔内写真： 年 月 日****パノラマエックス線写真： 年 月 日** |
| 申請者氏名 |  |

|  |
| --- |
| **症例２【メインテナンス】口腔内写真： 年 月 日****パノラマエックス線写真： 年 月 日** |
| 申請者氏名 |  |

# 症例報告書３※専門医・所属長の先生は内容を精査したうえで電子署名を行ってください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **症例３** | 年 | 月生 | 男・女 | 才 |
| インプラント埋入部位 | 　 | 欠損形態 | 中間歯・遊離端無歯顎・その他 |
| 初診 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| インプラント埋入手術 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| 最終補綴 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| メインテナンス移行日 | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 担当の有無 | 有・無 |
| 最新メインテナンス | 年月日 | 年 | 月 | 日 | 担当の有無 | 有・無 |
| 主訴 |  |
| 症例の概要 |  |
| 治療に携わった内容検査指導介助メインテナンス口腔内管理等について |  |
| 考察（経過良好 と判断でき る判定基準） |  |

※フォントは MS 明朝，11 ポイントでパソコン入力して下さい．1,000 字以内に収めて下さい．

※性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい．

|  |
| --- |
| **症例３【術前】口腔内写真： 年 月 日****パノラマエックス線写真： 年 月 日** |
| 申請者氏名 |  |

|  |
| --- |
| **症例３【メインテナンス】口腔内写真： 年 月 日****パノラマエックス線写真： 年 月 日** |
| 申請者氏名 |  |