施更－１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研　修　施　設　更　新　申　請　書  年　　　月　　　日  ＮＰＯ法人日本口腔科学会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請書の日付はすべて西暦）  　　 生涯教育制度評価認定委員会　殿   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 施設名称  (講座または診療科) |  | | | 認定証に記載の認定番号 |  | | | 責任者氏名(自署) |  | ㊞ | | 指導医氏名  （自署） | ㊞ | |   ＮＰＯ法人日本口腔科学会認定医規則に基づき、下記の関係書類及び審査料を添えて申請をいたしますので審査をお願いいたします。   |  | | --- | | 記 | | 1．指導医又は同等の有資格者の在籍証明書 | | 2．申請前１年間における指導実績報告書 | | 3．資格更新審査料　郵便振替払込請求書兼受領証（写） | |  | |  | |  | |  |   以上   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 連絡先 | E-mail アドレス | |  | | | | 所在地 | 〒　　　－ | | | | 名称  （ＴＥＬ） |  | | |  | | 指導医氏名 | | |  | | |

施更－２

NPO法人 日本口腔科学会

研修施設更新申請にかかわる在籍(職)証明書

NPO法人

日本口腔科学会理事長 殿

殿は に

年 月より　　　　　年　　　　月に至るまで、継続して在籍していることを証明いたします。

　　 年 月 日

1） 機 関 名

2） 機関長氏名 　　　 　 　　　印

1）大学病院および病院にあっては病院名、診療所にあっては診療所名を記載してください。

2）大学病院および病院にあっては病院長、診療所にあっては管理者の氏名を記載してください。

施更－３

**申請前１年間における指導実績報告書**

　　年　　　　月　　　　日

NPO法人

日本口腔科学会理事長 殿

講座または診療科名

　　　　　　 指導医氏名 印

1．口腔疾患に関し，定期的に行われている教育・研修

（カンファレンス，抄読会など；１年間の開催回数を記載　）

2．口腔疾患に関する研修会，勉強会

（開催年月日，参加者数，研修テーマを記載）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ［規則第１４条　細則第８条関係]  　研　修　施　設　更　新　登　録　申　請　書  年　　　月　　　日  （申請書の日付はすべて西暦）  ＮＰＯ法人日本口腔科学会  　　 生涯教育制度評価認定委員会　殿   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 講座または診療科名 |  | | | 責任者氏名(自筆) |  | ㊞ | | 指導医氏名  （自筆） | ㊞ | |   　　　　　　ＮＰＯ法人日本口腔科学会認定医規則に基づき、登録料を添えて申請をいたします。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 連絡先 | E-mail アドレス | |  | | | | 所在地 | 〒　　　－ | | | | 名称  （ＴＥＬ） |  | | |  | | 指導医氏名 | | |  | | |

登－６

**更新審査料及び更新登録料　計20,000円**

**■申請料支払い方法**

**・振込の場合**

**振込は郵便局備え付けの用紙をご使用ください。**

**《郵便振替口座》**

**口座番号：00180-9-630158**

**加入者名：特定非営利活動法人日本口腔科学会**

**※通信欄に「施設名+研修施設更新審査料・更新登録料」など，内容がわかるように記載をお願いします。**

**※本用紙に支払い証明となるものを貼付ください。**