認－１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　認定医申請書　（新規）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

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の所属(講座または診療科) |  |
| 申請者氏名(自署) |  | ㊞ |
| 会員番号 |  |

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．履歴書　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 2．会員歴証明書 |
| 3．研修証明書　　　　　　　　　　　　　　 |
| 4．学術集会および研修会などの参加記録　 |
| 5．診断または治療実績報告書あるいは科学的研究論文5編の抄録のコピー  |
| 6．業績目録  |
| 7．日本国歯科医師又は日本国医師の免許証（写） |

以　上

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | E-mail アドレス |  |
| 勤務先 | 所在地 | 〒　　　－ |
| 名　称（ＴＥＬ） |  |
| 自　宅（ＴＥＬ） | 〒　　　－ |

 |

認－２

履歴書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな） |  | Ｍ・Ｆ | 西暦年　　　月　　　日生（　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 本籍地 |  |
| 現住所 |  |

 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年(西暦) | 月 | 日 | 学歴・資格・免許・専門医等の事項 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自 | 至 | 職歴・研修歴等の事項 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 日本口腔科学会会員歴証明書 |
| 自 | 至 | 会員期間 |
| 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 自己申告年数 |  　判定\* 　 年数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 会員期間合計 |  |  |

認－３

認－４

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 証明年月日 | 年　　　月　　　日　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明者 | 研修施設名 |  |
| 指導医 | 職名 |  |
| 氏名(自署) |  | ㊞ |

下記の者は、本施設において口腔科学の臨床ならびに研究について研修したことを証明します。記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者　氏　名 |  |
| 研　修　期　間 | 職　名　等 |
| 自　　　　年　　月　　日　～　至　　　　年　　月　　日 |  |
| 自　　　　年　　月　　日　～　至　　　　年　　月　　日 |  |
| 自　　　　年　　月　　日　～　至　　　　年　　月　　日 |  |
| 自　　　　年　　月　　日　～　至　　　　年　　月　　日 |  |
| 自　　　　年　　月　　日　～　至　　　　年　　月　　日 |  |
| 自　　　　年　　月　　日　～　至　　　　年　　月　　日 |  |
| 自　　　　年　　月　　日　～　至　　　　年　　月　　日 |  |
| 自　　　　年　　月　　日　～　至　　　　年　　月　　日 |  |
| 備　考 |  |

（注）証明事項の研修期間欄は、同一指導医における研修期間で、申請者の職名(身分)異動あるいは研修期間の中断等の場合に、順次それぞれの欄に記入してください。指導医が異なる場合には、指導医毎にこの用紙をコピーして作成してください。 |

認－５

学術集会、研修会等の参加記録

参加証や領収書のコピーなどを貼付してください。

認－６

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断または治療実績報告書 |  |  | ［規則第14条第１項第8号関係][細則第20条第1項第1号関係] |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 研修施設名称 |  |
| 指導医(自署) |  |  | ㊞ |

 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 生年月日 | 性別 | 診断名 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

 |

認－６

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 診断または治療実績報告書 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 　　年　　　月　　　日　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 研修施設名称 |  |
| 指導医(自署) |  | ㊞ |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | １ | 生年月日(診断時年齢)　 |  (　歳) | 男・女 | 初診日 |  |
| 診断名：　　　 |
| 診断または治療の経過： |
| 番号 | ２ | 生年月日(診断時年齢)　　 | (　歳) | 男・女 | 初診日 |  |
| 診断名： |
| 診断または治療の経過： |

 |

認－６

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | ３ | 生年月日(診断時年齢)　　 | (　歳) | 男・女 | 初診日 |  |
| 診断名：　　　 |
| 診断または治療の経過： |
| 番号 | ４ | 生年月日(診断時年齢)　　 | (　歳) | 男・女 | 初診日 |  |
| 診断名：　　 |
| 診断または治療の経過： |
| 番号 | ５ | 生年月日(診断時年齢)　　 | (　歳) | 男・女 | 初診日 |  |
| 診断名：　 |
| 診断または治療の経過： |

 |

認－７

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 業績目録（論文） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

 |

記載は新しいものからさかのぼって、代表的な論文１０編以内としてください。１編は表紙（掲載雑名、論文題名、著者、発行年、巻、頁がわかる部分）のコピーを添付してください。 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.1 | 論文題名： | 掲載誌名： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年　 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.2 | 論文題名： | 掲載誌名）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年　 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.3 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年　 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.4 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |

認－７　続き

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.5 | 論文題名： | 掲載誌名： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年　 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.6 | 論文題名： | 掲載誌名： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.7 | 論文題名： | 掲載誌名： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.8 | 論文題名： | 掲載誌名： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.9 | 論文題名： | 掲載誌名： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.10 | 論文題名： | 掲載誌名： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年(西暦)　　　　　年 | 巻 | 号 | 頁～ |

 |

認－７　続き

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業績目録（口演発表等） 　　　　　発表は新しいものからさかのぼって、代表的なもの１０題以内としてください。1演題は抄録のコピーを添付してください。年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 学会発表(学会名・発表年月日・演題番号・演題名・筆頭演者) | 演者区分 |
| 1 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 2 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 3 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 4 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 5 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 6 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 7 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 8 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 9 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |
| 10 |  | ☐ 筆頭演者☐ 共同演者 |

 |

**認定医申請審査料　10,000円**

※認定後登録料が別途 20,000 円必要となります。

**■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「認定医申請審査料」など，内容がわかるように記載をお願いします。**

**※振込の場合は、本用紙に支払い証明となるものを貼付ください。**

**・クレジットカード・コンビニ決済の場合**

**申請後2週間以内に会員マイページに請求情報を作成いたします。会員マイページよりクレジットカード・コンビニ決済がご利用いただけます。**