

認定医申請書（新規）

2025年 9月 1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

現在の所属 (講座または診療科)	〇〇大学附属病院 歯科口腔外科
申請者氏名(自署)	科学 太郎 印
会員番号	00000 (5桁)

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

- 履歴書
- 会員歴証明書
- 研修証明書
- 学術集会および研修会などの参加記録
- 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
- 業績目録
- 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 〇〇@〇〇.co.jp	
	勤務先	所在地 〒〇〇〇－〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
		名 称 〇〇大学附属病院 歯科口腔外科 (TEL) 000-0000-0000
	自 宅 (TEL)	〒〇〇〇－〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 000-0000-0000

履 歴 書	認 一 2
-------	-------

認-2

[illegible]

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
〇〇〇〇	〇	〇	〇〇〇〇	〇	〇	〇年	
会員期間合計						〇年	

入会日は会員マイページの「登録情報閲覧」よりご確認ください。

研 修 証 明 書

証明年月日 2025年 9月 1日

証 明 者	研修施設名		〇〇大学附属病院 歯科口腔外科
	指 導 医	職名	教授
		氏名 (自署)	指導 太郎 印

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 〇〇〇〇年〇月〇日 ～ 至 〇〇〇〇年〇月〇日	〇〇〇
	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。

学術集会、研修会等の参加記録

第〇〇回 NPO 法人
日本口腔科学会学術集会
参加証

第〇〇回教育研修会
受講証明書

参加証や領収書のコピーなどを貼付してください。

*参加証が重ならないように貼付ください。
1枚に収まらない場合は用紙をコピーして貼付ください。
会員マイページに単位が付与されている場合はその画面のキャプチャ等でも問題ございません。

診断または治療実績報告書

詳記する 5 症例を
1～5 に記入ください。



申請者氏名	科学 太郎
研修施設名称	〇〇大学附属病院 歯科口腔外科
指導医(自署)	指導 太郎 ⑩

番号	生年月日	性別	診断名
1	〇〇〇〇/〇〇/〇〇	男	〇〇〇〇〇〇
2			以下 20 症例分を記入
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

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

科学 太郎

研修施設名称

〇〇大学附属病院 歯科口腔外科

指導医(自署)

指導 太郎

印

この番号は 20 症例を記入した表の
番号と合わせてください



番号

1

生年月日
(診断時年齢)〇〇〇〇年〇月〇日
(〇〇歳)

男

女

初診日

〇〇〇〇年〇月〇日

診断名：〇〇〇〇〇〇

診断または治療の経過：

他院にて〇〇を指摘され紹介来院。

〇〇により、〇〇を確認、〇〇から〇〇と診断した。

(中略)

〇〇〇〇年〇月〇日に〇〇を施行、術後の経過は良好で、〇〇は認められなかった。

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：

省略（口腔疾患診療実績として 20 症例以上うち詳記 5 症例以上、又は口腔疾患に関連する基礎的又は
臨床的研究論文として 5 編以上の提出が必要です）

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：						
省略（口腔疾患診療実績として 20 症例以上うち詳記 5 症例以上、又は口腔疾患に関連する基礎的又は臨床的研究論文として 5 編以上の提出が必要です）						
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：						
省略（口腔疾患診療実績として 20 症例以上うち詳記 5 症例以上、又は口腔疾患に関連する基礎的又は臨床的研究論文として 5 編以上の提出が必要です）						
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：						
省略（口腔疾患診療実績として 20 症例以上うち詳記 5 症例以上、又は口腔疾患に関連する基礎的又は臨床的研究論文として 5 編以上の提出が必要です）						

業績目録(論文)

記入年月日

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

氏名

科学 太郎

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： 〇〇〇〇〇〇〇〇	掲載誌名： 〇〇〇〇〇〇			
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）： 〇〇〇〇、 <u>科学太郎</u> 、〇〇〇〇、〇〇〇〇、		発行年(西暦) 〇〇〇〇年	巻 〇	号 〇	頁 〇〇～ 〇〇
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 ～

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)	巻	号	頁 ～
		年			
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)	巻	号	頁 ～
		年			
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)	巻	号	頁 ～
		年			
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)	巻	号	頁 ～
		年			
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)	巻	号	頁 ～
		年			
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)	巻	号	頁 ～
		年			

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。

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

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	第〇〇回〇〇学会学術大会・〇〇〇〇年〇〇月〇〇日・(演題番号)・(演題名)・(筆頭演者)	☒ 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。