施－１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ［規則第１０条　細則第７条関係]　研　修　施　設　認　定　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

|  |  |
| --- | --- |
| 講座または診療科 |  |
| 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年間における症例一覧報告書 |
| 3．申請前１年間における学会活動報告書　　　　　　　　　　　　　　 |
| 4．当該施設に関する報告書 |
| 5．申請前１年間における研修実績報告書 |
|  |
|  |

以　上

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | E-mail アドレス |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 名　称（ＴＥＬ） |  |  |
| 指導医氏名 |  |

 |

施－２

NPO法人 日本口腔科学会

研修施設認定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－３

年　　月　　日

**申請前１年間における症例一覧報告書**

（臨床系施設）

　　　　　　　　　　講座または診療科名

　　　　　 指導医氏名 印

|  |  |
| --- | --- |
| **症例の診断名あるいは検査名称** | **症例数** |
| 例）口腔粘膜疾患など | 98名 |
| 例）[パノラマエックス線撮影法](https://www.google.co.jp/search?hl=ja&biw=1219&bih=742&site=webhp&q=%E3%83%91%E3%83%8E%E3%83%A9%E3%83%9E%E3%82%A8%E3%83%83%E3%82%AF%E3%82%B9%E7%B7%9A%E6%92%AE%E5%BD%B1%E6%B3%95&revid=435780717&sa=X&ved=0ahUKEwiM0sX0sfbMAhWDraYKHV6SA7sQ1QIIYigB)など | 　　　　　87名 |
| 例）口腔病理診断症例数など | 123例 |
| 1． | 名 |
| 2． | 名 |
| 3． | 名 |
| 4． | 名 |
| 5． | 名 |
| 6． | 名 |
| 7． | 名 |
| 8． | 名 |
| 9． | 名 |
| 10． | 名 |

施－４

年　　月　　日

**申請前１年間における学会活動報告書**

　　　　　　　　　　 講座または診療科名

　　　　　　 指導医氏名 印

１．発表論文（論文名、著者名、掲載誌名、巻、最初と最後の頁、発表年について記入してください。）

２．口演発表など（演題名、発表者名、学会名、発表年月日について記入してください。）

３．その他の学会活動

施－５

**当該施設に関する報告書**

　　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

本施設は下記の内容を有することを証明します。

１．口腔疾患の診断と治療に必要な機器・研究設備

２．図　書

（１）口腔疾患に関連する蔵書数 　　　　　　　　　冊

（２）口腔疾患に関連する定期刊行物の数

　　和文雑誌：　　　　　誌

　英文雑誌：　　　　　誌

施－６

**申請前１年間における研修実績報告書**

　　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）

**研修施設申請審査料　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「施設名+研修施設申請審査料」など，内容がわかるように記載をお願いします。**

**※本用紙に支払い証明となるものを貼付ください。**