

研修施設認定申請書

年 月 日

一般社団法人日本顎顔面インプラント学会

研修施設審査委員会 殿

申請施設 ・診療科名	
主任者 職・氏名	(主任である指導医) 印

一般社団法人日本顎顔面インプラント学会専門医制度規則に基づき、下記の関係書類を添えて研修施設認定の申請をいたしますので審査をお願いいたします。

記

1. 申請施設内容説明書 (D-2)
2. 指導医勤務証明書 (D-3)
3. 最近2年間の診療実績調書
インプラント埋入および関連手術 (D-4-1)
4. 審査料 郵便振替払込請求書兼受領証 (写)

以 上

連絡先	〒 —	T E L : — —
	施設名 担当者	内線：

申請施設内容説明書

年 月 日

一般社団法人日本顎顔面インプラント学会
研修施設審査委員会 殿

施設名	
施設の長 氏 名	(病院長など) 公印

本施設は顎顔面インプラント臨床を研修するため、下記の内容を有することを証明します。

1	インプラント関連手術に使用可能な病床数 (専有病床数)	床 ()
2	歯科医師・医師数	常 勤 名 非常勤 名 大学院生 名
3	最近 1 年間の外来新患者数	名
4	図 書	インプラントに関する蔵書数 冊
		インプラントに関する定期刊行物数 誌 和文雑誌： 誌 英文雑誌： 誌
	研修教育	カンファランス 回／月 または 回／週
		抄読会・集談会など 回／月 または 回／週
5	インプラント埋 入手術および関 連手術が可能な 診療設備	診療用チェアユニット 台
		画像診断撮影機器 (台数) CTの有無記載してください。 (台)
		(台)
		その他、特殊な診療設備 (台数) (台)

指 導 医 勤 務 証 明 書

発行年月日

年

月

日

施 設 名

施 設 の 長
氏 名

(病院長など)

公印

下記の者は当施設において、次のとおり常勤していることを証明します。

氏 名	(主任である指導医)	生年月日	
指 導 医 認定年月日		指導医番号	
勤 務 期 間		所 属 ・ 職 名 等	備 考
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			

注：当該研修施設に複数の指導医が在籍している場合は、用紙をコピーして全員の勤務証明書を提出して下さい。主任者である研修施設の主たる指導医1名でもかまいません。

最近2年間の診療実績調書

D-4-1

インプラント埋入手術および関連手術（30例以上）
 （診療実績期間は任意の期間の最近2年間の実績）

施設名		診療期間	. . . ~ . . .
手術名	症例数	手術名	症例数
例) インプラント埋入手術	34 例		
例) 上顎洞底挙上手術	25 例		
例) 自家骨移植術	8 例		
		合 計	例
		主任者職名 _____	
		氏名 _____ 印	