書類番号　15\_01　　※自署、捺印が必要

**公益社団法人日本顎顔面インプラント学会認定**

**顎顔面インプラント指導医更新申請書（60歳以上）**

申請年月日：西暦 年 月 日

公益社団法人日本顎顔面インプラント学会

専門医制度委員会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所属研修施設名 |  |
| 申請者（自署） |  印 |
| 会員番号 |  |
| 指導医認定番号（認定証に記載） | SC |
| 申請者が所属する本学会施設長　（自署） |  印 |

申請者連絡先（主な連絡先に×を付けてください。□はクリックすると×が付きます。）

[ ]  所属

|  |
| --- |
| 名称：  |
| 住所：(〒 - ) |
| TEL: FAX: |

[ ] 自宅

|  |
| --- |
| 住所：(〒 - ) |
| TEL: FAX: |

E-Mail：( )

* 電子データは、プリントアウトしたものと同一の内容が必要です。
* 自署、捺印の必要な部分、症例報告（写真）、論文業績（論文のコピー、本誌）、学会参加証等も全てデジタルデータに変換してください。
* 事務局確認・事務局捺印の必要な書類は、その部分を無記載のままで提出してください。
* 自署、捺印の必要な書類は、自署、捺印後別途スキャンニングした別データファイルでの提出でも結構です。
* USBメモリは返却できませんのでご了承ください。
* 「申請書作成に際しての注意事項」を確認して、申請書類を準備してください。

関係書類及び審査料を添えて指導医更新申請をいたしますので審査をお願いいたします。

※申請する書類を確認して□に×をつけてください。□はクリックすると×が付きます。

1．指導医更新申請書 （書類番号　15\_01） [ ]

2．指導医更新登録料納入済領収書（コピー） （書類番号　15\_02） [ ]

3．本学会認定指導医認定証（認定証本書もしくはコピー、電子データはスキャニング） （書類番号　15\_03） [ ]

4．本学会5年間以上継続会員証明書（事務局記入、確認印は無記入） （書類番号　15\_04） [ ]

5．取得後または前回更新後5年間の実績

（1）学術大会参加実績 （書類番号　15\_05） [ ]

（2）本学会学術大会参加証（コピー） （書類番号　15\_06） [ ]

（3）研修会参加実績 （書類番号　15\_07） [ ]

（4）研修会参加証（コピー） （書類番号　15\_08） [ ]

6．デジタルデータ（USBメモリ）の提出 [ ]

7．審査、合否判定後のプリントデータの返却希望 [ ] 必要　　[ ] 不要

注1：自署以外はパソコンで入力し、年号は西暦で記入してください。

注2：登録料として1万円の納入が必要となります。

注3：申請書類は書類毎に、すべてA4クリヤファイルブック（ポケット）等に収納して提出してください。

　書類番号　15\_02

指導医更新登録料（1万円）納入済領収書（コピー）

　書類番号　15\_03

本学会認定指導医認定証（認定証本書もしくはコピー、電子データはスキャニング）

　書類番号　15\_04　　※事務局記入、確認印は無記入のまま申請

本学会5年間以上継続会員証明書

発行年月日：西暦　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

公益社団法人日本顎顔面インプラント学会

※氏名・会員番号のみご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 殿 | は | （↓事務局記入）西暦　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | から引き続いて |
| 会員番号 |  | 号 |

本学会会員であることを証明します。

以　上

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | 年会費　　完納　・　未納　（　　　　年度から） | 確認印西暦　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

　書類番号　15\_05

学術大会参加実績一覧

※取得後または前回更新後5年間の実績。学術大会参加証のコピーを添付してください。

※本学会学術大会に2回以上の参加が必要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  年 月 日 | 学会名 | 大会名 |
| 1 |  年 月 日 |  |  |
| 2 |  年 月 日 |  |  |
| 3 |  年 月 日 |  |  |
| 4 |  年 月 日 |  |  |
| 5 |  年 月 日 |  |  |
| 6 |  年 月 日 |  |  |
| 7 |  年 月 日 |  |  |
| 8 |  年 月 日 |  |  |
| 9 |  年 月 日 |  |  |
| 10 |  年 月 日 |  |  |
| 11 |  年 月 日 |  |  |
| 12 |  年 月 日 |  |  |

　書類番号　15\_06

本学会学術大会参加証のコピーを添付してください。

　書類番号　15\_07

研修会参加実績一覧

※取得後または前回更新後5年間の実績。研修会参加証のコピーを添付してください。

※本学会が主催もしくは指定する教育研修会の2回以上の参加実績が必要です。

なお、教育研修会には本学会が単独で行う研修会と口腔四学会合同の研修会があり、1回は本学会が単独で行う教育研修会への参加が必要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  年 月 日 | 主催名 | 研修会名 |
| 1 |  年 月 日 |  |  |
| 2 |  年 月 日 |  |  |
| 3 |  年 月 日 |  |  |
| 4 |  年 月 日 |  |  |
| 5 |  年 月 日 |  |  |
| 6 |  年 月 日 |  |  |
| 7 |  年 月 日 |  |  |
| 8 |  年 月 日 |  |  |
| 9 |  年 月 日 |  |  |
| 10 |  年 月 日 |  |  |

　書類番号　15\_08

研修会参加証のコピーを添付してください。