　書類番号　16\_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**

**※専門医更新終了者の指導医更新申請書**

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　16\_01）

2．指導医更新登録料納入済領収書（コピー） （書類番号　16\_02）

3．専門医取得者指導医更新申請書 （書類番号　16\_03）

4．履歴書 （書類番号　16\_04）

5．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　16\_05）

6．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　16\_06）

7．デジタルデータ（USBメモリ）の提出

8．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　16\_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　16\_03　　※自署、捺印が必要

専門医取得者指導医更新申請書

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

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

氏名（自署）

印

私は、20　　　年4月1日に公益社団法人日本顎顔面インプラント学会専門医の更新を終了していることから指導医の更新を申請いたします｡

　書類番号　16\_04　　※自署、捺印が必要

履　歴　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | 性 | 顔写真を貼る位置 （カラー）  1. 縦 36～40mm  横 24～30mm  2. 本人単身胸から上  3. 裏面のりづけ  4. 裏面に氏名記入 |
| 氏　　名 | |  | | | | | 男　・　女 |
| 生年月日 | | 西暦　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） | | | | | |
| 現　住　所 | | 〒　　　- | | | | | |
| 年 | 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 | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学会および社会における活動 | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 賞　罰　：　有り　・　無し | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません  西暦　　　　年　　月　　日 | | | | 氏　名  （自 署） | | 印 | | |

記入上の注意

1．学歴は大学卒業から大学院、研究生、専攻生、学位などを記入してください。

2．資格、免許は歯科医師または医師の免許、学会専門医取得などを記入してください。

3．賞罰の有無を必ず記載してください。偽りのあった場合は審査結果が無効になる場合があります。

　書類番号　16\_05

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　16\_06　　※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 |