書類番号　21\_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専門医新規申請書**

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

専門医資格認定審査会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所属研修施設名 |  |
| 申請者（自署） |  印 |
| 会員番号 |  |
| 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専門医新規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．専門医新規申請書 （書類番号　21\_01） [ ]

2．専門医新規申請審査料納入済領収書（コピー） （書類番号　21\_02） [ ]

3．履歴書 （書類番号　21\_03） [ ]

4．歯科医師または医師免許証（コピー） （書類番号　21\_04） [ ]

5．本学会｢禁煙宣言」に対する同意書 （書類番号　21\_05） [ ]

6．医療広告ガイドライン遵守の同意書 （書類番号　21\_06） [ ]

7．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　21\_07） [ ]

8．研修施設在籍・研修実績証明書 （書類番号　21\_08） [ ]

9.診療実績報告書(30症例以上)

（1）インプラント埋入手術症例（20症例以上）、骨造成手術症例（5症例以上）、
インプラント除去手術症例（5症例以内）一覧表 （書類番号　21\_09） [ ]

（2）インプラント埋入手術症例 （書類番号　21\_10） [ ]

（3）骨造成手術症例 （書類番号　21\_11） [ ]

（4）インプラント除去手術症例 （書類番号　21\_12） [ ]

（5）全身管理症例一覧表（周術期全身管理を要した5症例以上） （書類番号　21\_13） [ ]

（6）全身管理症例 （書類番号　21\_14） [ ]

（7）BLS、ACLSもしくはICLS修了証（コピー） （書類番号　21\_15） [ ]

10．学会実績報告書

（1）論文業績 （書類番号　21\_16） [ ]

（2）学会発表業績 （書類番号　21\_17） [ ]

（3）学術大会参加実績 （書類番号　21\_18） [ ]

（4）本学会学術大会参加証（コピー） （書類番号　21\_19） [ ]

（5）本会指定の他学会参加証（コピー） （書類番号　21\_20） [ ]

（6）研修会参加実績 （書類番号　21\_21） [ ]

（7）研修会参加証（コピー） （書類番号　21\_22） [ ]

（8）取得単位表 （書類番号　21\_23） [ ]

11．デジタルデータ（USBメモリ）の提出 [ ]

12．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：指定関連学会と指定学術雑誌は別表に記載してあります。

注2：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3：申請審査料は3万円で、後日登録料として5万円の納入が必要となります。

注4：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。

注5：症例報告は、症例毎に左ページには診療実績報告書、右ページには症例写真を入れてください。

　書類番号　21\_02

専門医新規申請審査料（3万円）納入済領収書（コピー）

　書類番号　21\_03　　※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 24～30mm2. 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　21\_04

歯科医師または医師免許証（コピー）

　書類番号　21\_05　　※自署、捺印が必要

禁煙活動宣言の同意書

公益社団法人日本顎顔面インプラント学会理事長　殿

西暦　　　　年　　月　　日

氏名（自署）　　　　　　　　　　　印

私は、公益社団法人日本顎顔面インプラント学会禁煙宣言に則り、歯科医療の専門家集団として、自らの足元から禁煙 および受動喫煙防止活動を積極的に推進するとともに、その重要性を社会に発信し、たばこのない社会を目指して禁煙活動に取り組むことに同意します。

　書類番号　21\_06　　※自署、捺印が必要

医療広告ガイドライン遵守の同意書

公益社団法人日本顎顔面インプラント学会理事長　殿

西暦　　　　年　　月　　日

氏名（自署）　　　　　　　　　　　印

私は、公益社団法人日本顎顔面インプラント学会倫理規程、および厚生労働省の医療広告ガイドラインを遵守し、医療活動を行うことに同意します。

また、専門医制度規則第24条の各号に該当した場合には、速やかに専門医認定証を返却することに同意します。

　書類番号　21\_07　　※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　21\_08　　※自署、捺印が必要

研修施設在籍・研修実績証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 発行年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名（注1） |  |
| 施設代表者（注2）職位・氏名 | 公印 |
| 研修施設指導者（注3）[ ]  指導医[ ]  専門医氏　名（自署） | 印 |

下記の者は当施設において、次のとおり [ ]  **常勤・** [ ]  **非常勤** として研修していることを証明します。

（**常勤・非常勤**については該当する方の□に×をつけてください。□はクリックすると×が付きます。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤　務　期　間 | 所属・職位等 | 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 |  |  |

注1：施設名は申請者が所属する施設名となります。

注2：施設代表者は病院長、学長等です。

注3：研修施設指導者（指導医・専門医）は研修施設に登録されている当学会指導者となります。
准研修施設のみ学会専門医が指導する場合があります。

注4：研修施設に所属していない場合は指導者の欄は「該当なし」と記載し、欄外に現在研修施設に在籍していない理由を下記に記載してください。

　書類番号　21\_09

診療実績報告書

（1）インプラント埋入手術症例、骨造成手術症例、インプラント除去手術症例一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 所属（研修）施設名 |  |
| 申請者氏名 |  |

※1　30症例以上を記入してください。そのうち、インプラント埋入手術症例は、20症例以上、骨造成手術症例は、5症例以上、インプラント除去症例は5症例以内として、一覧表にはインプラント埋入手術症例、骨造成手術症例は、インプラント除去症例の順番で記入ください。

※2　インプラント埋入手術症例でも日を異にした骨造成手術症例は別の１症例としてもかまいません。

※3　インプラント埋入手術症例は上部構造装着後2年以上、骨造成手術症例は術後1年以上、インプラント除去手術症例は術後除去を確認した時点の症例を記入してください。

※4　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。症例報告は、症例毎に左ページには診療実績報告書、右ページには症例写真を入れてください。

**【インプラント埋入手術・骨造成手術症例】**上部構造装着後2年以上経過症例報告

インプラント埋入手術症例は、20症例以上、骨造成手術症例は、5症例以上を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 年齢 | 性 | 手術年月日 | 経過観察日（エックス線撮影日） | 手術部位・手術名 |
| 例 | 61 | 女 | 2023.11.12 | 2025.12.13 | 17.16部ソケットリフトを併用した埋入術 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 年齢 | 性 | 手術年月日 | 経過観察日（エックス線撮影日） | 手術部位・手術名 |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |

**【インプラント除去手術症例】**術後除去を確認した時点の症例報告

インプラント除去手術症例は、5症例以内を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 年齢 | 性 | 手術年月日 | 経過観察日（エックス線撮影日） | 手術部位・手術名 |
| 例 | 70 | 男 | 2022.10.17 | 2022.11.20 | 左側上顎洞内開洞後インプラント体摘出術 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

　書類番号　21\_10

診療実績報告書

（2）インプラント埋入手術症例

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |

以下複写して記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例一覧表番号 |  | 年齢：　　　歳 | 男・女 | 手術部位 |  |
| 初診日 | 　　　　年　　月　　日 | 術前パノラマエックス線写真撮影日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 手術年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 上部構造装着日 | 　　　　年　　月　　日 |
|  | 上部構造装着後2年以上経過パノラマエックス線写真撮影日 | 　　　　年　　月　　日 |
| **※以下は記載例です。内容を削除して使用してください。**手術および経過の概要（記載内容は概要、エックス線所見、術中所見、インプラント名、経過等について10行以上1ページに収まる範囲内に記載、写真はA4上質写真印刷紙に術前術後のパノラマエックス線写真を添付してください。術前パノラマエックス線写真は埋入部位の欠損状態がわかる写真にしてください。抜歯即時埋入の時は抜歯前の周囲骨の状態がわかるデンタルエックス線写真あるいはCT写真を添付してください。印刷写真は術前術後をできるだけ大きく、症例番号と日付を記載して上下2段に印刷してください。写真が規定より小さい、または診断困難な場合は再提出となります。）Ⅰ症例概要　主　訴：　全身的既往歴：　現病歴： 　現　症：　　口腔内所見：　　検査結果： エックス線診査、CT検査、歯周検査、咬合検査などインプラント治療適応となった根拠を記載　　治療計画：　　インフォームドコンセント： Ⅱ治療内容インプラント治療前処置：インプラント外科処置：インプラントシステム、サイズを記載インプラント補綴処置：Ⅲ経過： |

注：「手術部位・手術」の記載では、埋入手術部位だけを記載し、骨造成手術を行った場合は「手術および経過の概要」の中に記載してください。

　書類番号　21\_10

（2）インプラント埋入手術症例

 症例一覧表番号：

術前パノラマエックス線写真 撮影日　 年 月 日

上部構造装着2年以上経過後パノラマ写真 撮影日　 年 月 日

　書類番号　21\_11

診療実績報告書

（3）骨造成手術症例

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |

以下複写して記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例一覧表番号 |  | 年齢：　　　歳 | 男・女 |
| 注1：埋入手術症例番号 |  | 手術部位・手術名 |  |
| 初診日 | 　　　　年　　月　　日 | 術前パノラマエックス線写真撮影日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 手術年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 骨造成手術後1年以上経過パノラマ写真 | 　　　　年　　月　　日 |
| **※以下は記載例です。内容を削除して使用してください。**手術および経過の概要（記載内容は概要、エックス線所見、術中所見、インプラント名、経過等について10行以上1ページに収まる範囲内に記載、写真はA4上質写真印刷紙に術前術後のパノラマエックス線写真を添付してください。パノラマエックス線写真で骨造成状態が不明の場合は術中写真またはその他のエックス線写真も添付してください。印刷写真は術前術後をできるだけ大きく、症例番号と日付を記載して上下2段に印刷してください。写真が規定より小さい、または診断困難な場合は再提出となります。）Ⅰ症例概要　主　訴：　全身的既往歴：　現病歴： 　現　症：　　口腔内所見：　　検査結果： エックス線診査、CT検査など骨造成が適応となった根拠を記載　　治療計画：インプラント治療における骨造成治療計画　　インフォームドコンセント： Ⅱ治療内容　　Ⅲ経過： |

注1: インプラント埋入手術症例と重複した症例のみ、埋入手術症例番号を記入してください。

　書類番号　21\_11

（3）骨造成手術症例

 症例一覧表番号：

術前パノラマエックス線写真 撮影日　 年 月 日

上部構造装着2年以上経過後パノラマ写真 撮影日　 年 月 日

　書類番号　21\_12

診療実績報告書

（4）インプラント除去手術症例

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |

以下複写して記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例一覧表番号 |  | 年齢：　　歳 | 男・女 | 手術部位 |  |
| 初診日 | 　　　年　　月　　日 | 術前パノラマエックス線写真撮影日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 手術年月日 | 　　　年　　月　　日 | インプラント除去手術後パノラマエックス線写真撮影日 | 　　　　年　　月　　日 |
| **※以下は記載例です。内容を削除して使用してください。**手術および経過の概要（記載内容は概要、エックス線所見、術中所見、インプラント名、経過等について10行以上1ページに収まる範囲内に記載、写真はA4上質写真印刷紙に術前術後のパノラマエックス線写真を添付してください。印刷写真は術前術後をできるだけ大きく、症例番号と日付を記載して上下2段に印刷してください。写真が規定より小さい、または診断困難な場合は再提出となります。）Ⅰ症例概要　主　訴：　全身的既往歴：　現病歴： 　現　症：　　口腔内所見：　　検査結果： エックス線診査、CT検査などインプラント除去手術が適応となった根拠を記載　治療計画：　インフォームドコンセント： Ⅱ治療内容　Ⅲ経過： |

注1：インプラント除去症例は術後除去を確認した時点の症例になります。

　書類番号　21\_12

（4）インプラント除去手術症例

 症例一覧表番号：

術前パノラマエックス線写真 撮影日　 年 月 日

術後除去を確認した時点のパノラマ写真 撮影日　 年 月 日

A4　写真用光沢紙使用

見　本

（2）インプラント埋入手術症例

 症例一覧表番号： XX

術前パノラマエックス線写真 撮影日　202X年 XX月 XX日



なるべく大きなサイズの写真

上部構造装着2年以上経過後パノラマ写真 撮影日　202X年 XX月 XX日



* 必要に応じて口腔内写真（術中、術後）、口内法エックス線写真、CTエックス線写真などを追加してもかまいません。（1枚に収めなくても結構です。）
* 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。症例報告は、症例毎に左ページには診療実績報告書、右ページには症例写真を入れてください。

書類番号　21\_13

診療実績報告書

（5）全身管理症例一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 所属（研修）施設名 |  |
| 申請者氏名 |  |

※1　5症例以上を記入してください。

※2　周術期全身管理を要した5症例であれば、インプラントに関連した症例でなくてもかまいません。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 年齢 | 性 | 手術年月日 | 経過観察日（エックス線撮影日） | 手術部位・手術名 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

　書類番号　21\_14

診療実績報告書

（6）全身管理症例報告

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |

以下複写して記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 全身管理症例一覧表番号 |  | 年齢：　　　歳 | 男　・　女 |
| 手術年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 手術部位・手術名 | 　　　　年　　月　　日 |
| 手術および経過の概要 |

　書類番号　21\_15

BLS、ACLSもしくはICLS修了証のコピーを添付してください。

　書類番号　21\_16

論文業績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | 申請者氏名 |  |

インプラントに関連した論文2編以上、うち1編は本学会学会誌に掲載されたものが必要です。

別刷り（コピー可）を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.1 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（共同著者を含む・申請者に下線）： | 発行年月（西暦）　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁～ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.2 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（共同著者を含む・申請者に下線）： | 発行年月（西暦）　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁～ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.3 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（共同著者を含む・申請者に下線）： | 発行年月（西暦）　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁～ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.4 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（共同著者を含む・申請者に下線）： | 発行年月（西暦）　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁～ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.5 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（共同著者を含む・申請者に下線）： | 発行年月（西暦）　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁～ |

　書類番号　21\_16

論文業績　別刷り（コピー可）を添付してください。

　書類番号　21\_17

学会発表業績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | 申請者氏名 |  |

5年間の業績。本学会学術大会で1回以上筆頭者としての発表が必要です。

抄録集表紙と抄録（コピー可）を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.1 | 演題名： | 発表学会名： |
| 発表者氏名（共同演者を含む・申請者に下線）： | 発表年月日（西暦）　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.2 | 演題名： | 発表学会名： |
| 発表者氏名（共同演者を含む・申請者に下線）： | 発表年月日（西暦）　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.3 | 演題名： | 発表学会名： |
| 発表者氏名（共同演者を含む・申請者に下線）： | 発表年月日（西暦）　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.4 | 演題名： | 発表学会名： |
| 発表者氏名（共同演者を含む・申請者に下線）： | 発表年月日（西暦）　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.5 | 演題名： | 発表学会名： |
| 発表者氏名（共同演者を含む・申請者に下線）： | 発表年月日（西暦）　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

　書類番号　21\_17

学会発表業績　　抄録集表紙と抄録（コピー可）

　書類番号　21\_18

学術大会参加実績一覧

※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　21\_19

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　21\_20

本学会指定の他学会参加証のコピーを添付してください。

　書類番号　21\_21

研修会参加実績一覧

※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。

※教育研修会は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　21\_22

研修会参加証のコピーを添付してください。

　書類番号　21\_23

取得単位表

**単位取得数**※1、※2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学会参加** |  | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学会学術大会 | 総会 | 20 |  |  |  |
| 日本口腔外科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| 日本補綴歯科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| 日本歯周学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| 日本歯科放射線学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| 日本口腔インプラント学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| その他関連学会学術大会 | 総会 | 7 |  |  |  |
| 地方会 | 5 |  |  |
| 国際口腔顎顔面外科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| アジア口腔顎顔面外科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 大韓口腔顎顔面外科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 国際口腔顎顔面外科学会関連学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 各大学主催の学内学術集会 |  | 5 |  |  |  |
| **合計** |  |
| **学会発表** |  | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学会 | 筆頭発表者 | 15 |  |  |  |
| 共同発表者 | 10 |  |  |  |
| 指定関連学会（別表） | 筆頭発表者 | 10 |  |  |  |
| 共同発表者 | 5 |  |  |  |
| **合計** |  |
| **和文論文** |  | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学会誌 原著論文 原著論文以外の論文 | 筆頭著者 | 30 |  |  |  |
| 共同著者 | 15 |  |  |
| 筆頭著者 | 20 |  |  |  |
| 共同著者 | 10 |  |  |
| 指定関連学会誌（別表） 原著論文 原著論文以外の論文 | 筆頭著者 | 15 |  |  |  |
| 共同著者 | 10 |  |  |
| 筆頭著者 | 10 |  |  |  |
| 共同著者 | 5 |  |  |
| **合計** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **英文論文** |  | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 指定関連学会誌（別表） 論文 | 筆頭著者 | 15 |  |  |  |
| 共同著者 | 8 |  |  |
| **合計** |  |
| **教育研修会への参加**※3 | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本会主催の教育研修会 | 20 |  |  |  |
| 本学会と共催する口腔四学会合同教育研修会 | 20 |  |  |  |
| **合計** |  |
| **その他の講習会参加** | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **合計** |  |
| **総合計（**西暦　　　　年4月～　　　　年3月：**計　　年間の実績）** | **総合計** |

※1 ：単位数総合計は以下のようになります。
専門医新規認定申請（細則第11～15条参照）には100単位以上（本学会が主催する学術大会に2回以上参加、本学会学術大会で1回以上筆頭者として発表、論文発表を2編以上うち1編は本学会学会誌を含む。教育研修会は本学会単独開催を含むこと）の取得が必要です。

※2 ：1年間は4月～翌年3月となります。

※3 ：教育研修会：研修会には本学会単独開催のものと、本学会と共催する口腔四学会合同のものがあります。

**別表　（提出不要）**

**指定関連学会**

 1． 日本口腔外科学会

 2． 日本口腔科学会

 3． 日本補綴歯科学会

 4． 日本歯周病学会

 5． 日本歯科放射線学会

 6． 日本口腔インプラント学会

 7． 日本歯科麻酔学会

 8． 日本顎顔面補綴学会

 9． 日本口腔診断学会

 10． 日本顎変形症学会

 11． 日本顎関節学会

 12． 日本小児口腔外科学会

 13． 日本化学療法学会

 14． 日本歯科薬物療法学会

 15． 日本歯科医学会総会

 16． 日本医学会総会

 17． 日本口腔内科学会

 18． 日本有病者歯科医療学会

 19． 日本歯科心身医学会

 20． 日本口腔病理学会

 21． 日本口腔顎顔面外傷学会

 22． 日本レーザー歯学会

 23． 日本癌学会

 24． 日本癌治療学会

 25． 日本頭頸部癌学会

 26． 日本口腔腫瘍学会

 27． 日本口蓋裂学会

 28． 各大学主催の学内学術集会

**指定学術雑誌**

**国 内 雑 誌**

 1． 日本顎顔面インプラント学会誌

 2． 日本口腔外科学会雑誌

 3． 日本補綴歯科学会雑誌

 4． 日本歯周病学会雑誌

 5． 歯科放射線

 6． 日本口腔インプラント学会誌

 7． 日本口腔科学会雑誌

 8． 日本歯科麻酔学会雑誌

 9． 日本顎顔面補綴学会誌

 10． 日本口蓋裂学会雑誌

 11． 日本顎変形症学会雑誌

 12． 日本顎関節学会雑誌

 13． 小児口腔外科

 14． 日本化学療法学会雑誌

 15． 歯科薬物療法

 16． 日本口腔粘膜学会雑誌

 17． 有病者歯科医療

 18． 日本歯科心身医学会雑誌

 19． 日本口腔診断学会雑誌

 20． 日本口腔腫瘍学会雑誌

 21． 口腔顎顔面外傷

 22． 日本レーザー歯学会誌

 23． 頭頸部癌

 24． International Journal of Clinical Oncology

 25． Oral Medicine & Pathology

 26． Hospital Dentistry & Oral-Maxillofacial Surgery

 27． Oral Radiology

 28． Oral Science International

 29． Cancer Science

 30． 各大学学内誌（顎顔面インプラント学，特に臨床面に関連する論文）

**外 国 雑 誌**

 1. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery

 2. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery（AAOMS）

 3. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery

 4. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Medicine and Pathology (JOMSMP)

 5. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology

 6. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery

 7. 大韓口腔顎顔面外科学会雑誌

 8. Acta Odontologica Scandinavica

 9. Biomaterials

 10. Clinical Implant Dentistry and Related Research

 11. Clinical Oral Implants Research (European Association for Osseointegration)

 12. Ceramics International

 13. Implant Dentistry (International Congress of Oral Implantologists)

 14. International Journal of Oral & Maxi1lofacial Implants (Academy of Osseointegration)

 15. International Journal of Periodontology and Restorative Dentistry

 16. International Journal of Prosthodontics (International College of Prosthodontics)

 17. Journal of Clinical Periodontology

 18. Journal of Dental Research (International Association of Dental Research)

 19. Journal of Dentistry

 20. Journal of Oral Implantology (American Academy of Implant Dentistry)

 21. Journal of Oral Rehabilitation

 22. Journal of Periodontology

 23. Journal of Periodontal Research

 24. Journal of Prosthetic Dentistry

 25. Journal of Prosthodontics

 26. Prosthodontic Research & Practice

 27. Oral Oncology

 28. The Cleft Palate-Craniofacial Journal

 29. Oral Diseases

 30. Journal of Oral Pathology & Medicine

 31. Head & Neck

 32. Dentomaxillofacial Radiology

注：学術論文は、上記に限定されるものでなく、広く顎顔面インプラント学関係雑誌掲載論文を認めます。

ただし、その際は別刷の添付を必要とし、その内容が審査されます。