書類番号　41\_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**

**准研修施設新規資格申請書**

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

研修施設資格認定審査会　殿

□はクリックすると×が付きます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 診療科名 |  |
| 診療科長氏名（自署） |  印 |
| 有資格代表者（自署）専門医制度資格 |  印[ ]  指導医番号：SC[ ]  専門医番号：SP |
| 申請者（自署） |  印 |
| 申請者 会員番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修施設名 **※** |  |
| 代表指導医（自署） |  印 |

**※** 准研修施設は、研修施設と連携していることが必要です。

連絡先

|  |
| --- |
| 施設名：　 |
| 住所：(〒 - )　 |
| TEL:　 内線：　 FAX:　 |
| 担当者：　 |
| 担当者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。
* 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准研修施設新規資格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．准研修施設新規資格申請書 （書類番号　41\_01） [ ]

2．准研修施設新規資格申請審査料納入済領収書（コピー） （書類番号　41\_02） [ ]

3．施設内容説明書 （書類番号　41\_03） [ ]

4．連携施設証明書 （書類番号　41\_04） [ ]

5．日本顎顔面インプラント学会指導医・専門医在籍一覧 （書類番号　41\_05） [ ]

6.診療実績報告書（15症例以上）

（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 （書類番号　41\_06） [ ]

（2）インプラント埋入手術症例 （書類番号　41\_07） [ ]

（3）骨造成手術症例 （書類番号　41\_08） [ ]

（4）インプラント除去手術症例 （書類番号　41\_09） [ ]

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：申請審査料は1万円で、後日登録料として3万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　41\_02

准研修施設新規申請審査料（1万円）納入済領収書（コピー）

　書類番号　41\_03　　※自署、捺印が必要

施設内容説明書

発行年月日：西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 施設代表者 **※**職位・氏名 | 公印 |

本施設は顎顔面インプラント治療について研修するため、下記の内容を有することを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 診療科 |  科 |
| 2 | インプラント関連手術に使用可能な病床数・（当該診療科の専有病床数） | 　　床　・　（　　　床） |
| 3 | 診療科に所属する歯科医師・医師数 | 常　勤 　名非常勤 　名大学院生 　名 |
| 4 | 診療科における最近1年間の外来新患者数（インプラント治療に関連した患者数） | 　名（　　　名） |
| 5 | 図　書 | インプラント治療に関する蔵書数 | 　冊 |
| インプラント治療に関する定期刊行物数 | 和文雑誌： 　誌英文雑誌： 　誌 |
| 研修教育 | インプラント治療に関するカンファレンス | 回／月 または　　　回／週 |
| インプラント治療に関する抄読会・セミナーなど | 回／月 または　　　回／週 |
| 6 | インプラント治療に必要な診療設備 | 診療用チェアーユニット（インプラント治療専用のチェアーユニット） | 　台（　　　　台） |
| デンタルおよびパノラマ撮影装置（台数）医科用CT（台数）・歯科用CT（台数） | デンタル（　　台）、パノラマ（　　台）医科用CT（　　台）・歯科用CT（　　台） |
| その他の診療設備 | 手術室（有　・　無） |
| AED・救急救命器具（有　・　無） |
| その他（ ） |

* 施設代表者は病院長、学長等です。

　書類番号　41\_04　　※自署、捺印が必要

連　携　施　設　証　明　書

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

|  |  |
| --- | --- |
| 研修施設名 |  |
| 代表指導医氏名（自署） | 印 |

本代表指導医は下記の連携施設で教育および研修指導していることを証明します。

□はクリックすると×が付きます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 診療科名 |  |
| 診療科長氏名専門医制度資格 | [ ]  指導医　[ ]  専門医　[ ] 　なし |
| 有資格代表者氏名専門医制度資格 | [ ]  指導医番号：SC[ ]  専門医番号：SP |

注：准研修施設の施設長は他の准研修施設長と重複はできません。

　書類番号　41\_05　　※自署、捺印が必要

日本顎顔面インプラント学会指導医・専門医在籍一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 診療科名 |  |
| 診療科長氏名（自署） | 印 |
| 代表指導医氏名（自署） | 印 |

施設に複数の指導医・専門医（非常勤含む）が在籍している場合は、上記代表指導医を含め全員記入してください。

非常勤であれば週・月あたりの勤務態様（回数など）を職位欄に記入してください。

□はクリックすると×が付きます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 職　位 | 氏　名 |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |
| [ ] 指導医　・　[ ] 専門医 |  |  |

　書類番号　41\_06　　※自署、捺印が必要

診療実績報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請施設・診療科名 |  | 診療期間 | 西暦　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科長氏名（自署） | 印 |
| 代表指導医氏名（自署） | 印 |

（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

※1　インプラント手術合計15症例以上（インプラント埋入手術症例10症例以上、インプラントに関連した骨造成手術症例およびインプラント除去手術を含む。）

※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。

**【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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |

**【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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |

　書類番号　41\_07

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 |  |

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。

写真印刷は術前・術後をできるだけ大きく、症例番号と撮影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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

　書類番号　41\_07

（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　41\_08

診療実績報告書

（3）骨造成手術症例

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |

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。

下欄の「埋入手術症例番号」はインプラント埋入手術症例と重複した症例のみ、埋入手術症例の番号を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例一覧表番号 |  | 年齢：　　　歳 | 男・女 |
| 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撮影日 | 　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例一覧表番号 |  | 年齢：　　　歳 | 男・女 |
| 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撮影日 | 　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例一覧表番号 |  | 年齢：　　　歳 | 男・女 |
| 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撮影日 | 　　　　年　　月　　日 |

　書類番号　41\_08

（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　41\_09

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 |  |

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。

写真印刷は術前・術後をできるだけ大きく、症例番号と撮影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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

　書類番号　41\_09

（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。