更新Ｄ－１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2018年5月改訂版（名称が関連研修施設より准研修施設に変更となりました准 研修施設資格更新申請書　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 准研修施設・診療科名 |  |
| 准研修施設主任者・氏名 |  | ㊞ |
| 　研修施設名 |  |  |
| 研修施設指導医・氏名 |  | ㊞ |

公益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准研修施設資格更新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５年間の業績 | （Ｄ－４） |
| ４．最近５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－５） |
| ５．５年間の取得単位数 | （Ｄ－６） |
| ６．審査料 郵便振替払込請求書兼受領証 | （写） |

以上

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 〒　　　　－　　　　 | 電　話：　　　－　　　－内線： |
| 准研修施設名 | 申請担当者:メールアドレス:（必ず記載してください） |

 |

更新Ｄ－２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 准 研修施設内容説明書　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設の長氏名 |  | 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 | 歯科医師数 | 常　勤　　　　　　名非常勤　　　　　　名大学院生　　　　　名 |
| ２ | 最近１年間の外来新患者数 | 名 |
| ３ | 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 | 和文雑誌：　　　　　誌英文雑誌：　　　　　誌 |
| 研修教育 | 研修施設との連携カンファレンス | 　　　回／月 または　　　回／週 |
| 准研修施設抄読会・集談会など | 　　　回／月 または　　　回／週 |
| ４ | 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 | 診療用チェアーユニット | 　　　　　　　　　　台 |
| その他、特殊な診療設備（台数）(オルソパントモ、CT、手術室など)\*絶対条件ではありません。 | 　　　　　　　　　（　 台） |  |
| 　　　　　　　　　　　（　 台） |  |

 |

更新Ｄ－３

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　指導医・専門医勤務証明書

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

|  |  |
| --- | --- |
| 研修施設名 |  |
| 研修施設長の氏　名 | （注１） |

下記の者は当施設の准研修施設として、次のとおり連携していることを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 准研修施設長の氏名 |  |  |
| 指導医または専門医の氏名 |  | 指導医（専門医）番号 |  |
| 准研修施設長の職歴：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 |  |  |
| 自　　　年　月　日～至　　　年　月　日 |  |  |

 |

注１：研修施設と准研修施設との関連を記載してください。研修施設の長とは、申請されます准研修施設の指導を行う研修施設の長を意味します。

更新Ｄ－４

最近5年間の業績

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 准研修施設名 |  | 期間 | 2014年12月以降 |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. 准研修施設として本学会の主催する総会もしくは指定する関連学会における発表

（過去5年間2演題以上の発表実績） |
| 学会名 | 発表年月日 | 筆頭発表者および演題 |
| 例）第22回日本顎顔面インプラント学会学術大会 | 2018年12月1日 | A先生　家骨移植術の臨床統計 |
| 例）第22回日本顎顔面インプラント学会学術大会 | 2018年12月1日 | B 先生　インプラント撤去症例の臨床統計 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ②准研修施設としての学術論文発表記録（論文発表がある場合は記載すること） |
| 学会誌名 | 発行年/号数 | 筆頭著者および論文 |
| 例）日本口腔外科学会雑誌 | 2018年64巻 | A先生　骨内インプラント周囲炎の臨床統計 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 主任者職名 |  |
| 氏名 |  | 印 |

 |

 |

最近5年間の診療実績調書

更新Ｄ－５

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

|  |
| --- |
| インプラント埋入手術および関連手術 |

 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 准研修施設名 |  | 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 | 20例 |  |  |
| 例）上顎洞底挙上手術 | 5例 |  |  |
| 例）自家骨移植術 | 3例 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 合　　　計 | 例 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主任者職名 |  |
| 氏名 |  | 印 |

 |
|  |  |

 |

更新Ｄ－６

|  |
| --- |
| ５年間の取得単位数 |
| 区　分 | **学　　会　　参　　加** | 単位 |
| 学会参加証コピーを必要とする | 本学会学術大会総会（20） |  |
| 日本口腔外科学会総会（8）地方会（5） |  |
| 日本補綴歯科学会総会（8）地方会（5） |  |
| 日本歯周病学会総会（8）地方会（5） |  |
| 日本歯科放射線学会（8）地方会（5） |  |
| 日本口腔インプラント学会総会(8) 地方会(5) |  |
| 関連学会学術大会総会（5）地方会（3） |  |
| 国際口腔顎顔面外科学会総会（8） |  |
| アジア口腔顎顔面外科学会総会（8） |  |
| 大韓口腔顎顔面外科学会総会（8） |  |
| 国際口腔顎顔面外科学会の関連する学会総会（8） |  |
| 各大学主催の学内学術集会（3） |  |
|  | 合　　計 |  |
|  | **学　　会　　発　　表**上記(１)に定める学会および各大学主催の学内学術集会(顎顔面インプラント学関係) |  |
| 抄録集表紙と抄録コピーを必要とする | 筆頭発表者（10） |  |
| 共同発表者（5） |  |
| 合　　計 |  |
|  | **和　　文　　論　　文** |  |
| 論文の表紙のコピーを必要とする | 本学会誌　原著論文　筆頭著者（20）共同著者（10） |  |
| 本学会誌　その他の論文 筆頭著者（10）共同著者（5） |  |
| その他の指定雑誌　原著論文　筆頭著者（10）共著者（5） |  |
| その他の指定雑誌　その他の論文 　筆頭著者（5）共著者（3） |  |
|  | 合　　計 |  |
|  | **英　　文　　論　　文** |  |
| 論文の表紙のコピーを必要とする | 指定雑誌　原著論文　筆頭著者（15）　共著者（8） |  |
| その他の論文 筆頭著者（8）共同著者（3） |  |
| 合　　計 |  |
|  | **総　　計** |  |
|  | 教育研修会への参加 |  |
| 修了証コピーを必要とする | 本会教育研修会参加回数 | 回 |
| 共催する研修会との合　　計 | 回 |

※上記内容の対象はすべて前回認定、更新後の5年間における実績とする。

※施設内総合計で学会参加から英文論文までの合計で100単位以上必要とする。