研更-様式1

**公益社団法人日本顎顔面インプラント学会認定**

**研修施設資格更新申請書**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 申請研修施設名  |  |
| 診療科名 |  |
| 診療科長氏名（自署） | 印 |
| 代表指導医（自署） | 印 |

関係書類及び審査料を添えて研修施設資格更新申請をいたしますので審査をお願いいたします。

関係書類

1．研修施設資格更新申請書 （様式1）

2．研修施設資格更新申請審査料郵便振替払込票兼受領証（コピー）（申請書裏面に糊付ける）

3．研修施設内容説明書 （様式2）

4．指導医勤務証明書 （様式3-1）

5．日本顎顔面インプラント学会指導医・専門医在籍一覧 （様式3-2）

6．取得後または前回更新後5年間の診療実績報告書（30症例以上）

（1）インプラント埋入手術症例、骨造成手術症例、インプラント除去手術症例一覧表 （様式4-1）

（2）インプラント埋入手術症例（20症例以上） （様式4-2）

（3）骨造成手術症例（5症例以上） （様式4-3）

（4）インプラント除去手術症例（5症例以内） （様式4-4）

7．取得後または前回更新後5年間の業績 （様式5）

8．本学会学術大会参加証（コピー） （様式6）

9．本学会指定の他学会参加証（コピー） （様式7）

10．研修会参加証（コピー） （様式8）

11．取得単位表 （様式9）

12．認定証 本書

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を用い、年号は西暦で記入してください。

注3：申請審査料は1万円で、後日登録料として2万円の納入が必要となります。

連絡先

|  |
| --- |
| 施設名：　 |
| 住所：(〒 - )　 |
| TEL:　 内線：　 FAX:　 |
| 担当者：　 |
| 担当者E-Mail：　 |

　研更-様式2

研修施設内容説明書

発行年月日：西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請研修施設名 |  |
| 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。

　研更-様式3-1

指導医勤務証明書

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

|  |  |
| --- | --- |
| 申請研修施設名 |  |
| 施設代表者 **※**職位・氏名 | 公印 |

下記の者は当施設において、常勤していることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表指導医氏名 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 指導医認定日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | 指導医番号 |  |
| 専門医認定日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | 専門医番号 |  |
|  |  |
| 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 |  |  |
| 自　　　年　月　日～至　　　年　月　日 |  |  |

* 施設代表者は病院長、学長等です。
* ※専門医取得中の場合は専門医欄には「取得申請予定」と記載ください。

　研更-様式3-2

日本顎顔面インプラント学会指導医・専門医在籍一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 申請研修施設名 |  |
| 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・月あたりの回数などの勤務態様を職位欄に記入してください。

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

　研更-様式4-1

診療実績報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請研修施設・診療科名 |  | 診療期間 | 西暦　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |

（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

インプラント手術合計30症例以上（インプラント埋入手術症例20症例以上、インプラントに関連した骨造成手術5

症例以上、インプラント除去手術5症例以内を含む。）　ただし、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。

インプラント埋入手術症例は上部構造装着後2年、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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 年齢 | 性 | 手術年月日 | 手術部位・手術名 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 年齢 | 性 | 手術年月日 | 手術部位・手術名 |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |

　研更-様式4-2

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 |

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

A4　写真用光沢紙使用

見　本

インプラント埋入手術症例

症例番号：

術前パノラマエックス線写真 撮影日　20XX年　X月　X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　20XX年　X月　X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）

　研更-様式4-3

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 |

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

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 |
| 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 |

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

　研更-様4-4

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 |

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

　研更-様式5

5年間の業績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請研修施設・診療科名 |  | 期　間 | 西暦　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |

1. **施設としての本学会の主催する学術大会もしくは指定する関連学会における発表**5演題以上の発表実績が必要です。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・所属者に下線）： | 発表年月日（西暦）　　　　年　　月　　日 |

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

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

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

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

1. **施設としての学術論文**指定学会誌に2編以上の学術論文が必要です。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・所属者に下線）： | 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・所属者に下線）： | 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・所属者に下線）： | 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・所属者に下線）： | 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・所属者に下線）： | 発行年月（西暦）　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁～ |

　研更-様式6

本学会学術大会参加証のコピーを添付してください。

学術大会ごとに施設所属者（本学会員）1名の学術大会参加証のみ有効です。

　研更-様式7

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。

学会ごとに施設所属者（本学会員）1名の学会参加証のみ有効です。

　研更-様式8

研修会参加証のコピーを添付してください。

研修会ごとに施設所属者（本学会員）1名の研修会参加証のみ有効です。

　研更-様式9

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 |  |  |
| 日本歯周病学会 | 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 | 15 |  |  |  |
| 指定関連学会 | 10 |  |  |  |
| **合計** |  |
| **和文論文** | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学会誌 | 原著論文 | 30 |  |  |  |
| 原著論文以外の論文 | 20 |  |  |  |
| 指定関連学会誌 | 原著論文 | 15 |  |  |  |
| 原著論文以外の論文 | 10 |  |  |  |
| **英文論文** | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 指定関連学会誌 | 論文 | 15 |  |  |  |
| **合計** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **教育研修会への参加**※3 | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学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** |  |
| **その他の講習会への参加** | **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。
学会参加は学術大会ごとに施設所属者（本学会員）1名のみ有効になります。
学会発表と学術論文は施設として1発表（論文）が1回の単位数になります。
研修施設資格更新申請（細則第31、35条参照）には100単位以上（5演題以上の発表実績と2編以上の学術論文発表を含むこと）の取得が必要です。
取得後または前回更新後5年間における実績です。

※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． 日本口腔粘膜学会

 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． 顎顔面補綴

 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。