　専-様式1

**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 |  |

関係書類及び審査料を添えて専門医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．専門医申請書 （様式1）

2．専門医申請審査料納入済領収書（コピー）（申請書裏面に糊付ける）

3．履歴書 （様式2）

4．歯科医師または医師免許証（コピー）

5．本学会｢禁煙宣言」に対する同意書 （様式3）

6．医療広告ガイドライン遵守の同意書 （様式4）

7．本学会5年間継続会員証明書 （様式5）

8．研修施設在籍・研修実績証明書 （様式6）

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一覧表（20症例以上） （様式7-1）

（2）インプラント埋入手術症例 （様式7-2）

（3）骨造成手術症例一覧表（5症例以上） （様式8-1）

（4）骨造成手術症例 （様式8-2）

（5）インプラント除去手術症例一覧表(5症例以内) （様式9-1）

（6）インプラント除去手術症例 （様式9-2）

（7）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） （様式10-1）

（8）全身管理症例 （様式10-2）

10．学会発表 （様式11）

11．論文業績 （様式12）

12．BLS、ACLSもしくはICLS修了証（コピー） （様式13）

13．本学会学術大会参加証（コピー） （様式14）

14．本学会指定の他学会参加証（コピー） （様式15）

15．研修会参加証（コピー） （様式16）

16．取得単位表 （様式17）

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。

申請者連絡先（主な連絡先に×を付けてください）

* 所属

|  |
| --- |
| 名称： |
| 住所：(〒　　　-　　　　) |
| TEL:　　 FAX: |

* 自宅

|  |
| --- |
| 住所：(〒　　　-　　　　) |
| TEL:　　 FAX: |

E-Mail：(　　　 )

　専-様式2

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。

　専-様式3

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。

　専-様式4

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、速やかに専門医証を返却することに同意します。

　専-様式5

本学会5年間継続会員証明書

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　第 |  | 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 |

　専-様式6

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を〇で囲んでください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

　専-様式7-1

診療実績報告書

（1）インプラント埋入手術症例一覧表

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

20症例以上を記入してください。

インプラント埋入手術症例は上部構造装着後2年以上経過観察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 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 年齢 | 性 | 手術年月日 | 手術部位 |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |

　専-様式7-2

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 |  |

以下複写して記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| インプラント埋入手術  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 |
| 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。）  記載例  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」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。

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

抽象 が含まれている画像

自動的に生成された説明

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

白黒の写真

低い精度で自動的に生成された説明

* 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）

　専-様式8-1

診療実績報告書

（3）骨造成手術症例一覧表

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

5症例以上を記入してください。

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。

骨造成手術症例に関しては術後1年以上経過観察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 |  |  |  |  |

　専-様式8-2

診療実績報告書

（4）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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 骨造成手術症例  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 |
| 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。）  記載例  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、埋入手術症例一覧表の番号を記入してください。

　専-様式9-1

診療実績報告書

（5）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 |
| 研修施設名 |  |
| 申請者氏名 |  |

5症例以内を記入してください。

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 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

　専-様式9-2

診療実績報告書

（6）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| インプラント除去手術  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 |
| 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。）  記載例  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：インプラント除去手術症例は術後除去を確認した時点の症例になります。

　専-様式10-1

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 |
| 研修施設名 |  |
| 申請者氏名 |  |

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 | 手術部位・手術名 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

　専-様式10-2

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 | |  | |
| 手術および経過の概要 | | | | | | |

　専-様式11

学会発表

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

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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.6 | 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.7 | 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.8 | 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.9 | 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.10 | 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 |

　専-様式12

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  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.6 | 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.7 | 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.8 | 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.9 | 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.10 | 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  ～ |

　専-様式13

BLS、ACLSもしくはICLS修了証のコピーを添付してください。

　専-様式14

本学会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。

　専-様式15

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。

　専-様式16

研修会参加証のコピーを添付してください。

※本学会が主催もしくは指定する教育研修会の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。

　専-様式17

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。