専特-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（専門医認定特別試験用）**

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※１ |  |
| 資格（常勤・非常勤）※２ | 　 |
| 申請者（自署） |  印 |
| 会員番号 |  |

※１　所属がない場合は「所属なし」とご記入ください

※２　資格は教授など、常勤・非常勤に〇をつけてください

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）

　　　　　　　　　　指導医認定証（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．本学会学術大会参加証（コピー） （様式7）

10．研修会参加証（コピー） （様式8）

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：(　　　 )

　専特-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 24～30mm2. 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。

　専特-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。

　専特-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。

　専特-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 |

　専特-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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修施設名（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。研修施設に所属していない場合は「所属なし」とご記入ください。「所属なし」の場合でも、「勤務期間」「所属・職位等｝欄には研修施設所属および研修施設認定の有無にかかわらず現在に至るまでの所属・職位等をご記入ください。

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。

　専特-様式7

本学会学術大会参加証のコピーを添付してください。

※本学会学術大会に過去５年間（２０１９～２０２３年）に2回以上の参加が必要です。

　専特-様式8

研修会参加証のコピーを添付してください。

※過去５年間（２０１９～２０２４年３月）に本学会が主催もしくは指定する教育研修会への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。