指更（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指導医更新申請書**

**※専門医更新終了者の指導医更新申請書**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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指導医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．指導医更新申請書 （様式1）

2．指導医更新登録料納入済領収書（コピー）（申請書裏面に糊付ける）

3．履歴書 （様式2）

4．本学会5年間継続会員証明書 （様式3）

5．専門医取得者指導医更新申請書 （様式4）

6．認定証 本書

注1：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2：登録料として1万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：(　　　 )

　指更（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 24～30mm2. 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。

　指更（専）-様式3

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。

専門医番号 ：

最終専門医更新日 ： 西暦　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

専門医更新期間 ： 西暦　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日から
西暦　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日まで

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 |

　指更（専）-様式4

専門医取得者指導医更新申請書

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

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

氏名（自署）

印

私は、20　　　年4月1日に公益社団法人日本顎顔面インプラント学会専門医の更新を終了していることから指導医の更新を申請いたします｡