日本顎変形症学会暫定指導医 (口腔外科) 認定申請書

年 月 日

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

(申請書の日付はすべて西暦)

認定医•指導医資格認定審查会 殿

主 た る 勤 務 先 (施設名及び講座 または診療科)	
申請者氏名	E
(自筆)	
会員番号	

特定非営利活動法人日本顎変形症学会認定医(口腔外科)制度規則に基づき、下記の関係書類及び 審査料を添えて暫定指導医認定申請をいたしますので審査をお願いいたします。

記

- 1. 認定申請書 (D-1)
- 2. 履歴書 (D-2)
- 3. (公社) 日本口腔外科学会 指導医認定証(写)
- 4. 研修施設在籍(職)証明書 (D-3)
- 5. 本学会会員証明書 (D-4)
- 6. 研修実績報告書 (D-5)
- 7. 診療実績報告書 (D-6)
- 8. 審査料 振込の控え(写)
- 9. 本学会が必要と判断した証明書(指示があった場合のみ)

以上

連絡先	E-mail	アドレス
	勤務先	〒 - 所在地
		名 称
(必須)		(TEL) – –
	自 宅	〒 −
	(TEL)	

履 歴 書 暫定指導医(口腔外科)申請用

(ふりがな)							M										
氏 名							•	西暦	年		月	F	7 生	(贵)		
1 1							F		1)1	•	→	(/////		
現住所																	
元江川																	
年(西暦)	月	日				į	学歴	・資格・免許・	専門医領	等の事	項						
É			至					職歴・研修歴等の事項									
					İ												
						l 											
	 			<u> </u>	 	<u> </u> 											
				l	i												

関連学会(入会年)及び社会における活動等									
年	学会名又は社会活動の内容	年	学会名又は社会活動の内容						
以上相	違ありません	氏	名						
	年 月 日	(自	署) 即						

日本口腔外科学会研修施設•准研修施設 研修期間自己申告書

* 判定年数欄は記入不要

							刊几十数個は記八十女					
研修施設	研修施設の認 定番号及び	指導医氏名 または	Į į	自			至			研修期間		
名称	認 定 年 月 日 (学会HP参照)	専門医指名	年	月	日	年	月	日	自己申告 年数	判定* 年数		
		研	修期	間合計								

日本口腔外科学会研修施設·准研修施設 在籍(職)証明書

証明年月日 年	三月	日
------------	----	---

機関名	
医療施設の長 氏 名	

下記の者は、本施設において次のとおり在籍(職)し、顎変形症に関する臨床ならびに研究について研修している(いた)ことを証明します。

記

氏	名						生年月日		年	月	日生
勤務其	勤務期間(同一施設内の異動のみを記入して下さい)					職	名 等	(常勤	勤務態様助:週3日		
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(遇	目)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(週	目)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(退	目)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(遇	1 日)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(遇	1 日)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(退	目)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(退	目)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(退	目)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(遇	目)
自	年	月	日~至	年	月	日			常勤・	非常勤(退	目)

\•/	/ 	4
•X•4	屇	Æ

※ 氏名・会員番号のみご記入ください。

学 会 会 員 証 明 書

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

殿

は

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

	年会費	完納	・ 年度から未納			確認日			
事務局確認欄	所属施設		自宅		供之		年	п	п
	• 住所		住所		備考		午	月	日

学会発表 論文業績報告書

年 月 日

顎変形症に関連する学会発表を1回以上あるいは論文を1編以上の業績を記載してください。

1. 学会発表

記載事項:学会名・発表年月日・演題番号・演題名

第 回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 年月日〇-〇-〇「」

1

(プログラム或いは抄録等の該当部分のコピーを添付してください。)

2. 論文業績

論文題名(別刷添付): 1	掲載雑誌名(略称不可):
著者氏名(筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン)	
	発行
	(西暦) 年 月
	巻 号 ~ ページ

(別刷もしくは論文のコピーを添付してください。)

診療	寮実績報告書								
					記入年月日	年	Ξ.	月	日
			申請	者氏名					
			研修施	設 名称					
			医療施	設の長					
	ミ1年間の顎変形症を含む口 類枝矢状分割法術:SSRO 下					.F I 等の略称を用	いる。	こと	
番号	生年月日(手術時年齢)	性	手術年月日	手 徘	方 名(部位	を含めて具体的	に)		
1	(歳)								
2	(歳)								
ಬ	(歳)								
4	(歳)								
5	(歳)								
6	(歳)								
7	(歳)								
8	(歳)								
9	(歳)								
10	(歳)								

			-
11	(歳)		
12	(歳)		
13	(歳)		
14	(歳)		
15	(歳)		
16	(歳)		
17	(歳)		
18	(歳)		
19	(歳)		
20	(歳)		
21	(歳)		
22	(歳)		
23	(歳)		
24	(歳)		
25	(歳)		
26	(歳)		
27	(歳)		

28	(歳)		
29	(歳)		
30	(歳)		
31	(歳)		
32	(歳)		
33	(歳)		
34	(歳)		
35	(歳)		
36	(歳)		
37	(歳)		
38	(歳)		
39	(歳)		
40	(歳)		
41	(歳)		
42	(歳)		
43	(歳)		
44	(歳)		

45	(歳)	
46	(歳)	
47	(歳)	
48	(歳)	
49	(歳)	
50	(歳)	