様式９

**一般社団法人日本口腔内科学会　資格更新申請書**

　一般社団法人

　日本口腔内科学会認定委員会　殿

　この度、日本口腔内科学会専門制度に基づき、下記の資格を更新致したく、必要書類および申請料を添えて申請致します。

　西暦　　　　年　　　月　　　日

所属・役職：

　　　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**申請希望資格： 認定医・専門医・指導医**

**（ご希望の申請項目に○をお付けください。**

**複数選択も可能ですが、1資格につき15,000円の申請料が必要となります。）**

申請審査料の振り込み受領コピーを

この枠内に貼布してください。

様式１０－１

履　歴　書

西暦　　年　　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 西暦年 | 月 | **学 歴 及 び 職 歴** |
|  |  |  |

＜提出チェック項目＞

* 各様式が揃っていますか。（様式9、様式10-1、10-2、様式11）
* 各様式の更新対象となる認定証を添付していますか。
* 認定医更新を行う場合、**合計80単位以上取得**していますか。
* 専門医更新を行う場合、**合計120単位以上**していますか。
* 指導医更新を行う場合、**合計180単位以上**していますか。

様式１０―２

会 員 歴 証 明 書（申請者記入）

西暦　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 生年月日・性別 | 西暦　　年　　月　　日生（　　　歳）　　男・女 |
| 現住所  電話番号 | 〒  TEL：　　（　　　　　）　　　　－ |
| 所属機関および  所在地・電話番号 | 〒  TEL：　　（　　　　　）　　　　－ |
| 歯科医師免許証  （医師免許証）  番号  および登録日 | 第　　　　　　　　　号  （西暦　　　　　年　　　　月　　　　日登録） |
| 会員番号・会員歴  （日本口腔内科学会） | 会員番号：  会員歴：西暦　　　年 〜 現在（会員期間：　　　年　　 か月） |
| 会員番号  専門医・指導医  番号  所属学会名  （日本口腔内科学会以外） | 会員番号：　　　　　　（所属学会名：　　　　　　　　　　）  専門医または指導医番号  ：　　　　　　　　（専門医 ・ 指導医）（いずれかを○で囲む） |

各認定証のコピー（縮尺可）を

この枠内に貼布してください。

様式１１

業績目録（学会発表）

申請者氏名　　　　　　　　　　　　印

発表区分：一般講演・特別講演・シンポジウム・ワークショップ・その他（日本口腔内科学会での発表は番号を○で囲んでください。）筆頭10単位、共同5単位など別表1参照

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **学会発表（演題名・学会名・発表年月日）** | | **演者区分** | **発表区分** | **単位** |
| 1 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 2 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 3 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 4 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 5 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 6 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 7 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 8 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 9 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |
| 10 |  | * 筆頭演者 * 共同演者 |  |  |

様式１１

業績目録（論文等）

申請者氏名　　　　　　　　　　　　印

著者名・論文タイトル・掲載雑誌（巻・ページ）・発行年を記載し、申請者にアンダーラインを付してください。（申請者以降は、他○名と記載してください。）

＜参考＞

本学会雑誌原著ならびに総説：筆頭20単位、共著10単位

本学会雑誌原著ならびに総説以外：筆頭10単位、共著5単位

その他雑誌原著ならびに総説：筆頭10単位、共著5単位

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 雑誌名（巻・号）：論文タイトル | 単位記入欄 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

様式１１

**本学会又は口腔科学関連学会が主催する教育研修会などへの参加**

申請者氏名　　　　　　　　　　　　印

本学会又は口腔科学関連学会が主催する教育研修会などへの参加【修了証を添付してください】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 学会名 | 単位記入欄  本学（20単位）、関連学会総会（10単位）  関連学会地方会（5単位）など |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

研修会修了証のコピー（縮尺可）を

この枠内に貼布してください。