様式1

**新規申請書**

　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、下記の資格を取得致したく、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2-1

会 員 歴 証 明 書

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） |

様式2-2

履　歴　書

西暦　　年　　　月　　日現在

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

様式3-1（様式3-1、3-2もしくは様式4をご提出ください）

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。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **学会発表（演題名・学会名・発表年月日）** | **演者区分** | **発表区分** |
| 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3-2

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。）

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 | 　 |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| **下記に、ご自身が筆頭著者の論文を1編ご記載ください。（専門医・指導医の申請者のみ）** |  |
| 1 |  |

様式4

口腔医療に係わる疾患治療実績

（認定医申請：50症例、専門医申請80症例、指導医申請100症例）

申請者氏名　　　　　　　　　　　　印

1. 口腔疾患について検査を含めた診断と治療

|  |
| --- |
| 記入例）●●：●症例 |

1. 全身疾患に関連する口腔疾患診断または治療

|  |
| --- |
| 記入例）●●：●症例 |

1. 口腔保健指導及び口腔リハビリテーション

（口腔ケア、摂食嚥下機能、栄養管理、口腔緩和ケアなど）

|  |
| --- |
| 記入例）●●：●症例 |