

専門医指導医認定申請書

申請年月日 平成 年 月 日

公益社団法人日本小児歯科学会専門医認定委員会 殿

申請者氏名 _____ 印

日本小児歯科学会専門医制度規則に基づいて、小児歯科学会専門医指導医の認定を受けたく下記の関係書類を提出いたしますので、ご審査願います。

記

1. 履 歴 書 (第2号様式)
2. 業績目録 (第11号様式、11-1,11-2,11-3)
3. 診療実績証明書[専門医指導医認定申請用] (第12号様式)
4. 専門医指導医推薦書 (第17号様式)
5. 専門医指導医認定申請料の振込み受領証のコピー

認定申請料は下記口座へ送金し(1万円)、本申請書に振込み受領証のコピーを添付すること

三菱UFJ銀行駒込支店 普通預金 1197434

「公益社団法人 日本小児歯科学会」

以上

申請者氏名

印

番号	著書・論文 の区別	著者名 (論文は記載順 に全員を記す)	論文:表題, 雑誌名, 巻(号), 頁~頁, 年 著書:表題, 書名, 編集者, 出版社, 頁~頁, 年

最近5年間における小児歯科関連で重要な著書・論文5編以内を新しいものから順に記載してください。

申請者氏名 _____

印 _____

番号	発表者名 (演者を最初に、 以後記載順に全 員を記す。)	演題名, 学会大会名, 開催地, 年月日

最近5年間における小児歯科関連で重要な発表5題以内を新しいものから順に記載してください。

申請者氏名 _____ 印

番号	年月日	学会における活動(日本小児歯科学会, 地方会における委員会等での活動)
番号	年月日	学会における活動(日本小児歯科学会, 地方会における大会, セミナーでの講演)
番号	年月日	地域における活動(歯科医師会, 地域団体等における小児歯科医療に関する活動)

最近3年間に小児歯科関連の活動における主要なものを新しいものから順に記載してください。

診療実績証明書[専門医指導医認定申請用]

申請者氏名 _____ 印

1. 診療施設名: _____
*施設長名: _____

2. 標榜科名: _____

3. 勤務状況: (1) 常勤 (2) 非常勤 (_____ 日/週) 該当番号に○をつける
診療実績: 月あたりの診療実績日数 (_____ 日)

4. 小児患者の受診状況
一日あたりの全患者に占める小児患者の割合 (例: 25 人 / 50 人 × 100 = 50%)
(_____ 人 / _____ 人 × 100 = _____ %)
(2) 一月あたりの全患者に占める小児患者の割合
(_____ 人 / _____ 人 × 100 = _____ %)
* 申請者の当該患者に占める小児患者(18歳未満)の割合を記入すること。
* 小児患者の受診状況とは、最近2年間における平均的な診療実績を意味する。

上記の通りの診療実績があることを証明します。

施設長 _____ 印

- (注1) 診療実績の証明期間とは、専門医指導医申請時までの最近の2年間を意味する。
- (注2) 施設長が申請する時には施設長の印は不要となる。
- (注3) 施設に従事する者が申請する時には、原則として施設長の印を必要とする。
- (注4) 専門医指導医申請時までの最近の2年間で、複数の施設に従事した者が申請する時には、原則として各診療施設の施設長の印を必要とする。

*施設長とは、歯科大学(学部)附属病院の小児歯科、小児総合医療施設、またはそれに準ずる病院の小児歯科の診療科長、診療科主任ならびに診療所の院長を意味する。

専門医指導医推薦書

平成 年 月 日

公益社団法人日本小児歯科学会専門医認定委員会委員長 殿

_____ 殿を日本小児歯科学会専門医指導医として
推薦いたします。

日本小児歯科学会 _____ 地方会会長

署名 _____ (印)

※専門医指導医申請者の方は、ご所属の地方会会長に推薦書の記入を依頼してください。