

# 専門医申請 提出書類作成の手引

## (新規申請用)

様式1～様式9をホームページからダウンロードしてください。

### <様式1>

必要事項を記載頂き、専門医認定申請審査料（1万円）の郵便振替払込み受領証のコピーを貼付ください。

### <様式2>

すべて西暦で記載してください。

### <様式3>

氏名のみ記載してください。

その他の項目は、書類提出後に事務局で確認と記載をいたします。

### <様式4-1>

専門医研修機関で発行してください。

様式2の職歴等と相違ないか確認してください。

C: 専門医研修機関での研修が週1日未満の認定医は、様式4-2も提出してください。

C:開業されている認定医は、提出不要です。様式4-2を提出してください。

### <様式4-2>

Cの認定医のみ提出してください。

※申請者の主たる勤務先（医療機関）における、本会の定める研修カリキュラム準ずる研修および高齢者歯科治療の臨床歴を、専門医制度指導医が証明するものです。

### <様式4-3>

実施日または受講日は、西暦年月日で記載してください。

書類下部に記載されている注意書きを確認し、不足ないようにしてください。

### <参加証明>

研修単位管理システムより「研修単位取得証明書」をプリントアウトし、提出してください。（様式5・6に提出は不要です）

認定医認定日以降の研修歴が対象となります。

「研修単位取得証明書」に記録がない参加歴は、様式5または様式6を利用し、参加証（写し）を添付し、提出してください。

<様式7>

著者名や発表者名のうち、申請者名には下線をしてください。

<様式8>

高齢者に必要とされる歯科医療に関連する診療実績 100 例以上を一覧表として報告する。

<様式9>

高齢者に必要とされる歯科医療に関連する臨床経験等の実績 次の項目のいずれか 2 つ以上に係る臨床経験等の担当例（症例及び事例）を 10 症例提出してください。

- (1) 高齢者の自立支援に繋がる歯科治療経験
- (2) 摂食機能療法、言語聴覚療法等の口腔機能リハビリテーション
- (3) 歯科保健指導及び予防処置（高齢者施設等で行った指導を含む）
- (4) 全身管理経験（全身疾患に対する把握と対応）
- (5) 通院困難者への歯科的対応（訪問診療・入院患者への口腔機能の維持向上など）