［様式7］

一般社団法人日本老年歯科医学会認定医資格更新申請書

（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人

日本老年歯科医学会理事長 殿

（フ リ ガ ナ）

氏 名（自署）

会 員 №

勤務先名称

＊1

認定医認定番号 No.

＊2

＊1 認定医登録情報となるものです、正式名称を記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 会員登録情報と認定資格情報は同じとなります。



　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 OHASYSで登録情報をご確認ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊2 認定医認定番号はOHASYSで確認可能です。

OHASYS

　一般社団法人日本老年歯科医学会 認定医の資格更新を受けたく、ここに申請いたします。

　学会ホームページの認定医一覧に認定医情報を掲載することを　承知致します。

更新料（￥30,000-）を下記にて送金しました。

　クレジット払い　・　銀行口座振込　　　　（いずれかに○）

　送金日　　（西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日

**＜研修単位の提出／総計４４単位）＞**

OHASYS「学会情報」より大会等参加履歴を抽出してください。

出力の際は、認定証発行日（最終更新年月日）から現在までを抽出期間に指定してください。

　　　※旧研修単位システムより出力した参加記録も有効です。

[必要な方のみ：様式8-1]

※OHASYS「学会情報」での単位が不足している場合のみ、参加歴を追加し加点してください。

一般社団法人日本老年歯科医学会

**「日本老年歯科医学会 主催・共催 研修」に該当する**記録

（認定医資格更新申請用）

氏 名（自署）

※用紙が不足する場合は適宜追加すること

※参加証等の参加証明を添付すること。（A4版にまとめてください）

|  |  |
| --- | --- |
| **「日本老年歯科医学会 主催・共催 研修」に該当する項目** | |
| 名称・開催日・開催場所 | 単位数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **小計** |  |

[必要な方のみ：様式8-2]

※OHASYS「学会情報」での単位が不足している場合のみ、参加歴を追加し加点してください。

一般社団法人日本老年歯科医学会

**「関連学会主催研修」に該当する**記録

（認定医資格更新申請用）

氏 名（自署）

※用紙が不足する場合は適宜追加すること

※参加証等の参加証明を添付すること（A4版にまとめる）

|  |  |
| --- | --- |
| **「関連学会 主催　研修」に該当する項目** | |
| 名称・開催日・開催場所 | 単位数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **小計** |  |

[必要な方のみ：様式9]

※OHASYS「学会情報」での単位が不足している場合のみ、参加歴を追加し加点してください。

業 績 目 録（認定医資格更新申請用）

（高齢者に必要とされる歯科医療に関連する発表記録）

氏 名（自署）

論 文 発 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 論 文 名 | 著 者 名（筆頭・共同） | 刊行物名、巻  頁、発行年 | 単位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※申請者の氏名に下線を引いてください。

※ 記載した論文の「刊行物名・掲載年・論文名・著者・論文要旨」が掲載されている資料を添付（A4版に縮尺）してください。掲載誌コピー・別刷り・オンラインジャーナル掲載サイト 可。

学 会 発 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 演 題 名 | 発 表 者 名（筆頭・共同） | 発表学術大会名、開催年月日 | 単位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※申請者の氏名に下線を引いてください。

※記載した学会発表の「学術大会名・開催年・演題名・発表者・抄録部分」が掲載されている資料（A4版に縮尺）を添付してください。掲載誌コピー・オンライン抄録掲載サイト 可。