[様式１]

一般社団法人日本老年歯科医学会指導医申請書

（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人日本老年歯科医学会指導医の認定を受けたく、必要書類および認定申請審査料を添えて申請いたします。

（フ リ ガ ナ）

申請者名（自署）

申請者名（ローマ字表記）

会 員 №

勤務先名



（注）常勤もしくは臨床をおこなっている主たる施設

（注）学会登録情報と相違ないように記載してください。変更はこちら→

（注）本申請に関する連絡先は学会登録情報（住所・メールアドレス等）の宛先となります。

申請料（￥10,000-）　送金日　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

クレジット払い　・　銀行口座振込　　　（いずれかに○）

[様式２]

履 歴 書（指導医申請用）

　　　申請者名（自署）

（西暦） 　　年 月 日 現 在

|  |  |
| --- | --- |
| （西暦）　　　　　　　　　　　学 歴 ・ 職 歴・免許・資格 | |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 専門医登録番号 | 第 号 ・（西暦） 　　 年 月 日 取得 |
| 歯科医籍登録番号 | 第 号 ・（西暦） 年 月 日 取得 |

（注）学歴および職歴は大学卒業以降を記入すること。

（注）複数の研修機関に在籍（職）した場合は，すべて記載してください。

[様式3]

本会研修機関所属の申請者

研修機関 在籍（職）証明書（指導医申請用）

　　殿

貴殿は、当機関に在籍（職）し下記の期間、高齢者に必要とされる歯科診療に従事したことを（継続していることを）証明いたします。

　期　間（西暦）

（西暦）　　　　年 　 月　 日 ～現在に至る

（常勤・週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）＊どちらかに○

（西暦）　　　　年 　 月 　 日 ～現在に至る

（常勤・週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）＊どちらかに○

（西暦） 　　　年 月 日

1）機 関 名

2）機関長氏名 　　　 　 印

1）大学病院および病院にあっては病院名、診療所にあっては診療所名を記載してください。

2）大学病院および病院にあっては病院長または副病院長（歯科代表者）、診療所にあっては管理者の

氏名を記載してください。

（注）複数の研修機関などに在籍（職）した場合は，それを履歴書の職歴に記載してください。　　　必要に応じこの様式の別紙を追加してください。

[様式4]

本会研修機関に所属していない申請者

在籍（職）証明書（指導医申請用）

　　殿

貴殿は、当機関に在籍（職）し下記の期間、高齢者に必要とされる歯科診療に従事したことを（継続していることを）証明いたします。

　　期　間（西暦）

（西暦）　　　　年 　 月　 日 ～現在に至る

（常勤・週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）＊どちらかに○

（西暦）　　　　年 　 月 　 日 ～現在に至る

（常勤・週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）＊どちらかに○

（西暦） 　年 月 日

1）機 関 名

2）機関長氏名 　　　 　 印

[様式5]

※研修単位管理システム（OHASYS）に記録がない方のみ

一般社団法人日本老年歯科医学会

学術大会出席記録（指導医申請用）

申請者名（自署）

|  |
| --- |
| **学術大会**（申請前に2回以上参加） |
| 第 回 日本老年歯科医学会学術大会 |
| 第 回 日本老年歯科医学会学術大会 |
| 第 回 日本老年歯科医学会学術大会 |

参加証明を添付（A4版にまとめる）してください。

[様式6]

※研修単位管理システム（OHASYS）に記録がない方のみ

一般社団法人日本老年歯科医学会

本会主催・共催 指定研修（指導医申請用）

申請者名（自署）

|  |
| --- |
| 主催・共催 指定研修**別表1･1･2**（申請前に6回以上の参加） |
| ＊研修名・開催日・開催場所を記載のこと |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

参加証明を添付（A4版にまとめる）してください。

[様式7]

業 績 目 録（指導医申請用）

（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）

高齢者に必要とされる歯科医療に関する下記の業績項目1）～3）のうち5件を満たすものとする。

1）申請前10年間において「老年歯科医学」または「Gerodontology」掲載論文1編（筆頭著者、共著者は問わない）

2）申請前5年間において「老年歯科医学」または「Gerodontology」以外の学術誌への掲載論文1編（筆頭著者、共著者は問わない）

3）申請前5年間において日本老年歯科医学会 学術大会での発表歴2回（演者，共同演者は問わない）

　論 文 発 表 （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。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 論 文 名 | 著 者 名 | 刊行物名、巻、頁、発行年 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※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（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。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 演 題 名 | 発 表 者 名 | 発表学術大会名、開催年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※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。

［様式8］

診療実績一覧（指導医申請用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日提出

　　　　　　申請前5年間

|  |  |
| --- | --- |
| 高齢者に必要とされる歯科診療および指導 | 症例数 |
| 1. 高齢者の自立支援に繋がる歯科治療経験 | 名 |
| 1. 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 | 名 |
| 1. 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） | 名 |
| 1. 全身管理経験（全身疾患に対する把握と対応） | 名 |
| 1. 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） | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
| **合計** | **名** |