［様式2］

研修機関内容証明書

（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日

一般社団法人

日本老年歯科医学会理事長 殿

施 設 名

施設責任者名　　　　　　　　　　　　　　印

本施設は下記の内容を有することを証明します。

＊下記の記載項目を参考に施設状況を記入してください。

1．施設の整備

外来日　　　　　初診曜日　　　　　　　　　　再診曜日

外来ユニット数　　　　　台

機器

申請施設（教室，講座，診療科）

画像診断機器

検査機器

顎運動機器

理学療法機器

その他

中央施設（大学や総合病院等の場合）

画像診断機器

検査機器

顎運動機器

理学療法機器

その他

技工室　　有・無　　　　技工士　　　名

病棟　　病床数

処置室のユニット数

高齢者の歯科診療に従事している歯科医師数　 常　勤　　 名（内、指導医　　名、専門医　　名）

非常勤　　 名（内、指導医　　名、専門医　　名）

大学院生　　名

高齢者の歯科診療に従事している歯科衛生士数　　　　　　　名

2．高齢者に必要とされる歯科医療に関連する診療１年間概数　　　　名以上

3．図　書

中央図書館

高齢者の歯科診療に関する蔵書数 　　　　　　　　　　　　　　冊

高齢者の歯科診療に関する定期刊行物の数 和文雑誌：　　　　　誌

　　　　英文雑誌：　　　　　誌

申請施設

高齢者の歯科診療に関する蔵書数 　　　　　　　　　　　　　　冊

高齢者の歯科診療に関する定期刊行物の数 和文雑誌：　　　　　誌

　　　　英文雑誌：　　　　　誌

3．研修教育 カンファランス 　　　月・週　　　　回

抄読会・集談会など　　月・週　　　　回