[様式8]

一般社団法人日本老年歯科医学会

研修機関更新申請書

（西暦）　　　 年 月 日

日本老年歯科医学会理事長 殿

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

1）施 設 名

施設所在地 〒

TEL： FAX：

代表指導医氏名（自署）

その他 所属する指導医氏名

2）責任者氏名 　　印

＊

1）大学にあっては講座、病院にあっては診療科、診療所にあっては診療所名を記載してください。

同施設に在籍する指導医名を記載してください。（複数名記載可）

2）申請施設の責任者である講座の教授、科長、院長名を記載してください。

申請料（￥10,000-）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

[様式9]

一般社団法人日本老年歯科医学会

研修機関更新 指導医在籍（職）証明書

一般社団法人

日本老年歯科医学会理事長 殿

殿は　　　　 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 ～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○

継続して在籍していることを証明いたします。

（西暦） 　　 年 月 日

1） 施設名

2） 施設責任者　　 　　　 　 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。

3）在籍する指導医の認定証（写）を同封してください。

［様式10］

研修機関内容証明書（更新）

（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

［様式11］

最近５年間の教育・研修指導実績報告書

（研修機関更新申請用）

代表指導医名（自署）

※スペースが足りない場合は、コピーもしくは別用紙使用等、適宜ご対応ください。

1．高齢者に必要とされる歯科診療に関し，定期的に行われている教育・研修

（カンファレンス，抄読会など）

2．高齢者に必要とされる歯科診療に関する研修会，勉強会

（開催年月日，参加者数，研修テーマ，内容の概要を記載）

［様式12］

最近５年間の診療実績報告書

（研修機関資格更新申請用）

　　　　　　　　　　 施 設 名

　　　　　　　 責任者氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　年　　　月　　日提出

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |