[様式１]

一般社団法人日本老年歯科医学会専門医申請書

（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人日本老年歯科医学会専門医制度にかかわる専門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（専門医申請用）

　　　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 |  |
| 認定医登録番号 | 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]

在籍（職）証明書（専門医申請用）

（注 Aの申請者）複数の研修機関などに在籍した場合は，機関毎に本書を作成してください。

（注 Bの申請者）現在在職している医療機関で在職証明として発行してください。

　　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医療に関連する診療に従事していることを証明いたします。

 期　間／（継続中 ・ 終了）※該当箇所の○印をすること

　　　　　　　　（週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）※該当箇所の○印をすること

＊以下、西暦表記

年 　 月　 日 ～ 年 月 日・現在に至る

（継続中 ・ 終了）（週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）

年 　 月 日 ～ 年 月 日・現在に至る

（継続中 ・ 終了）（週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）

年 　 月 日 ～ 年 月 日・現在に至る

　　　　　　　　　　（継続中 ・ 終了）（週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）

 研修期間または在職期間合計： 　年 か月

 　※週間での在職・研修の日数によらず、開始から現在までの合計期間

（西暦）　　　　年 月 日

1）機 関 名

 2）機関長氏名 　　　 　 　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※記名および押印

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）開業医にあって、申請者本人が院長の場合は「申請者」と「機関長名」が同じになります。

　 医療法人にあたって、申請者（院長）とは別に理事長がいる場合は理事長名で発行をしてください。

[様式4]

専門医研修カリキュラム 研修実施チェック表

申請者名（自署）

**※各項目の①②どちらか該当する方に記載してください。**

**※下記の注意事項を良く確認してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ①研修機関　注1） | ②学術大会　注2）専門医申請者研修 |
| 項目 | 実施日 | 指導医確認印注3） | 学術大会開催回受講日（受講証明を添付 注4）） |
| 高齢化と社会 |  |  |  |
| 老化と身体 |  |  |  |
| 歯科訪問診療 |  |  |  |
| 摂食嚥下リハビリテーション |  |  |  |

注1）研修機関に常勤（週3日以上）している認定医は、原則すべて①での研修とします。

注2）研修機関に所属していない認定医は、原則すべて②での研修とします。

　　「専門医申請者研修」の一覧は、学会ホームページで確認できます。

注3）認印可

注4）受講証明は「研修単位管理システム」からのプリントアウトを使用してください。

　　　受講一覧に、専門医申請者研修に該当する研修に、カラーラインを引いてください。

　　　同じ研修を、申請チェックシート「8本会主催・共催 研修（別表 1・1・2））への 5 回以上の参加」と重複することは出来ません。

 [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（専門医申請用）

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（専門医申請用）

申請者名（自署）

|  |
| --- |
| 主催・共催 指定研修**別表1･1･2**（申請前に5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（専門医申請用）

（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2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（専門医申請用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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** |

　　　（西暦）　　　　　　年 月 日 指導医氏名（自署）

 [様式9]

高齢者に必要とされる歯科医療に関連する担当例の報告書

（専門医申請用）＊申請前5年間

No. 　　　 氏名（自署）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患 者 名（イニシャル） |  | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生　年（西暦） |  　　　年生 | 年齢 | 歳 | 初診日（西暦） |  年 月 日 |
| 症例の診断（状況） | 記載例（申請時は記載例/青地部分は削除して、入力してください）上顎左側歯肉癌による上顎部分切除後の左側上顎欠損と多数歯欠損に起因する機能障害（脳出血の既往による左半身麻痺を伴う）歯科治療恐怖症を有する高齢者の抜歯に際し、笑気吸入鎮静法が有効であった症例 |
| 治療・指導内容／背景・目的・高齢者の特性に配慮した点など |
| 経 過（なるべく客観的なデータを記載） |
| 考 察 |
| 指導医の意見 年 月 日 指導医氏名（自署） |