

専門医申請 提出書類作成の手引

(新規申請用)

- ・様式1～様式10をホームページからダウンロードしてください。
 - *様式4、6、7は必要な申請者のみ
- ・すべての書類をA4版に統一してください。(サイズの大きい書類はA4縮小すること)
- ・提出書類はひとつのPDFファイルにまとめてください。
ファイル名「氏名・専門医新規申請」

<様式1>

必要事項を記載頂き、支払方法をお知らせください。

<様式2>

すべて西暦で記載してください。

<様式3>

氏名のみ記載してください。

その他の項目は、書類提出後に事務局で確認と記載をいたします。

<様式4>

- ・研修機関で発行してください。
- ・研修機関に所属していない方は、主たる勤務先で在職証明として発行してください。
- ・研究機関欄は記名および押印（自署不要）
- ・様式2の職歴または学歴等と相違ないか確認してください。

<様式5>

実施日または受講日は、西暦年月日で記載してください。

書類下部に記載されている注意書きを確認し、不足ないようにしてください。

<参加証明>

OHASYS「学会情報」より大会等参加履歴を抽出してください

※「抽出期間」を指定し必要な部分のみを出力してください。

<https://ohasys.net/login>

※旧研修単位システムより出力した参加記録も有効です。

上記、大会等参加履歴がある方は様式6・7の提出は不要です。

※上記、大会等参加履歴に記録がない場合は、様式6または7を利用し参加証（写し）を添付の上で提出してください。

<様式8>

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。

*掲載論文や抄録のPDFを添付してください。

<様式9>

高齢者に必要とされる歯科医療に関連する診療実績 100 症例以上を一覧表として報告する。

*1名の患者での領域重複は可

<様式10>

次の項目のいずれか2つ以上に係る臨床経験等の担当例（すべて高齢者の特性に配慮した症例及び事例）を10症例作成する。

*患者1名につき、1症例とする。

*指導医の署名を必要とする。

- 1) 自立支援に繋がる歯科治療経験
- 2) 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
- 3) 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）
- 4) 全身管理経験（全身疾患に対する把握と対応）
- 5) 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）

<その他> 下記を添付（A4版）してください。

- ・本会認定医認定証（PDF）
- ・「医療倫理」に係る受講証明（PDFの右上に「医療倫理」と明記してください）
- ・「医療安全」に係る受講証明（PDFの右上に「医療安全」と明記してください）
- ・「救急救命」に係る受講証明（PDFの右上に「救急救命」と明記してください）

申請フォーム

http://www.kokuhoken.or.jp/form/gero/authorization_form/

★提出前に下記を確認してください。

- ・以上の書類がすべて揃っているか。（様式4、6、7は必要な申請者のみ）
- ・すべての氏名欄に自署があるか。※様式4の研究機関欄は記名および押印（自署不要）
- ・日付欄に記載があるか。