様式２

特定非営利活動法人日本歯周病学会　認定医資格審査表（※は記入しないで下さい。西暦表記でお願いします）

|  |
| --- |
| ※受付番号： |
| ※受付番号 | | ※受付年月日： | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 氏　　名 |  | 男・女 | 生年月日：　　　　年　　　　月　　　　日 | | | 年齢：　　　歳 | | 卒業年度：　　　　年 | | 出身校： | | | 歯科医師登録年度： | | |
| 1.学会員歴 | 会員入会日：　　　年　　　月　　　日　（その後の変更など次に記入のこと）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在に至る | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.本学会研修施設での研修記録 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種　別　：　①研修医　　②専攻生、研修生、研究生　　③大学院生　　④勤務医　　⑤医員　　⑥教官（助手など）　　⑦個人開業医　　⑧その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 期間（　　　年　　　ヶ月） | | | | | | 種　別 | 研　修　場　所　名 | | | | 指導医名 | 研修内容 | | | |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日（　　　年　　　ヶ月） | | | | | |  |  | | | |  |  | | | |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日（　　　年　　　ヶ月） | | | | | |  |  | | | |  |  | | | |
| 3.臨床経験記録 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 期間（　　　年　　　ヶ月） | | | | | | 施設名（都道府県） | | | | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日（　　　年　　　ヶ月） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日（　　　年　　　ヶ月） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日（　　　年　　　ヶ月） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日（　　　年　　　ヶ月） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日（　　　年　　　ヶ月） | | | | | |  | | | | | | | | |
| 4.日本歯周病学会　認定医・専門医教育講演における研修（最低２回）、その他、本学会学術大会及び臨床研修会への参加記録 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日時と場所 | | | | | 参加学会名と研修時間 | | | | 症例発表した場合のテーマ | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　： | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　： | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　： | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　： | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　： | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　： | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日　： | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 5．参考資料（代表的なものを記入下さい。必要なら別紙を添付して下さい。） | | | | |  | | | | | | | | | | |
| １）論文又は著書：（筆頭者名・共同著者名・論文名又は著作名・学会誌又は雑誌名・巻・頁・発行年月日・発行所）  　　　①  　　　②  　　　③ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２）学会発表（発表学会名・演者か共同発表か・演題名・発表年月日）  　　　①  　　　②  　　　③ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３）日本歯周病学会以外の歯周研修会出席（研修会名・研修会年月日・研修時間・研修場所）  　　　①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　③  　　　②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　④ | | | | | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、上記の通り歯周病について教育研修を行い、認定医申請に必要な

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　教育研修を実施したことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指導医　　　　　　　　　　　　　　㊞