様式１

歯周病専門医認定申請書

申請年月日　　西暦　　　　年　　月　　日

特定非営利活動法人日本歯周病学会

歯周病専門医審査委員会　御中

ふ り が な

申請者氏名

　日本歯周病学会歯周病専門医制度規則に基づき、歯周病専門医の認定を受けたく認定申請料（振込時領収書のコピー、オンライン決済の場合はその画面のコピー）を添え、下記の関係書類を提出致しますので審査願い上げます。

記

(1) 歯周病専門医認定申請書(様式 1・本書)

(2) 歯周病専門医資格審査表(様式 2)

(3) 履歴書(様式 3)

(4) 本学会会員証明書(様式 4)　氏名のみ記載のこと

(5) 指導医の歯周病専門医推薦書(様式 5)

ただし，主任指導医を置く施設では主任指導医の歯周病専門医推薦書

(6)　歯周病専門医新規申請時研修会出席・業績発表確認用シート

(7)　歯科医師免許証のコピー(A4版に縮小コピーしてください)

(8)　本学会認定医認定証または本学会が認める関連学会の認定医認定証のコピー

(9) 指導医の検印を受けた治療に関する資料

①歯周病専門医申請患者一覧表(様式 6) ※要指導医署名

②症例報告書(様式 7-1、7-2・8-1、8-2)

　メインテナンスまでの治療を行った１０名の患者に関する資料

(10)歯周病専門医認定申請料(振込領収書のコピー)

（注）申請書類の日付は、西暦年号に統一して記載してください。