

1号様式

受付番号

受付年月日 西暦 年 月 日

日本臨床歯科医学会認定歯科衛生士申請書

日本臨床歯科医学会理事長 殿

西暦 年 月 日

氏名 印

住所 〒

電話番号

ファックス番号

日本臨床歯科医学会認定制度による認定歯科衛生士の更新を致したく、必要書類及び更新手数料を添えて申請致します。

必要書類

- (1) 日本臨床歯科医学会認定歯科衛生士申請書 (1号様式)
- (2) 誓約書 (2号様式)
- (3) 認定審査料納入済領収書 (写)
- (4) 履歴書 (3号様式)
- (5) 学術大会等参加記録 (4号様式)
- (6) 在籍証明書 (5号様式)
- (7) 症例記録 (6号様式)
- (8) 症例の術前術後カラー写真 (7号様式) 3症例
- (9) 同意書 (8号様式)

2号様式

誓 約 書

日本臨床歯科医学会理事長 殿

西暦 年 月 日

氏名 印

私は、日本臨床歯科医学会倫理規定に則り、臨床歯科衛生士業務を行う事を誓います。

また、認定制度規程第11条の各号に該当する場合には、速やかに認定衛生士証を返却することを誓います。

履 歴 書

(記載例)

顔写真
(カラー)
2.5cm×
3cm

氏 名		男 ・ 女	西曆 年 月 日生
本 籍			
現住所			
学 歴			
(西曆)年	月	日	<input type="checkbox"/> 〇〇衛生士学校卒業 <input type="checkbox"/> 第〇回衛生士国家試験合格 <input type="checkbox"/> 衛生士籍登録第〇〇〇〇〇号
職 歴			
			<input type="checkbox"/> 〇〇大学歯科衛生士専科助手 <input type="checkbox"/> 〇〇歯科医院所勤務
SJCD及び社会における活動			
			<input type="checkbox"/> 〇〇SJCD会員 (委員、理事) <input type="checkbox"/> 〇〇学会認定衛生士
賞 罰			
上記の通り相違ありません。			
西曆 年 月 日			
氏名 _____ 印			

履 歴 書

顔写真
(カラー)
2.5cm×
3cm

氏 名		男 ・ 女	西曆 年 月 日生
本 籍			
現住所			
学 歴			
(西曆)年	月	日	
職 歴			
SJCD及び社会における活動			
賞 罰			
上記の通り相違ありません。			
西曆 年 月 日			
氏名 _____ 印			

4号様式

学術大会参加記録

(学術大会名(開催年月日, 場所を含む)の記入及び参加章のコピーを添付してください。コピーが無いものは赤字で記載してください。)

認定教育講座参加記録

(認定教育講座参(開催年月日, 場所を含む)の記入及び参加章のコピーを添付してください。コピーが無いものは赤字で記載してください。)

5号様式

日本臨床歯科医学会在籍証明書

殿は、西暦 年 月 日か
ら西暦 年 月 日まで継続 年 カ月間下記
日本臨床歯科医学会支部に在籍して（いる・いた）ことを証明致
します。

西暦 年 月 日

日本臨床歯科医学会 ○○支部

支部会長

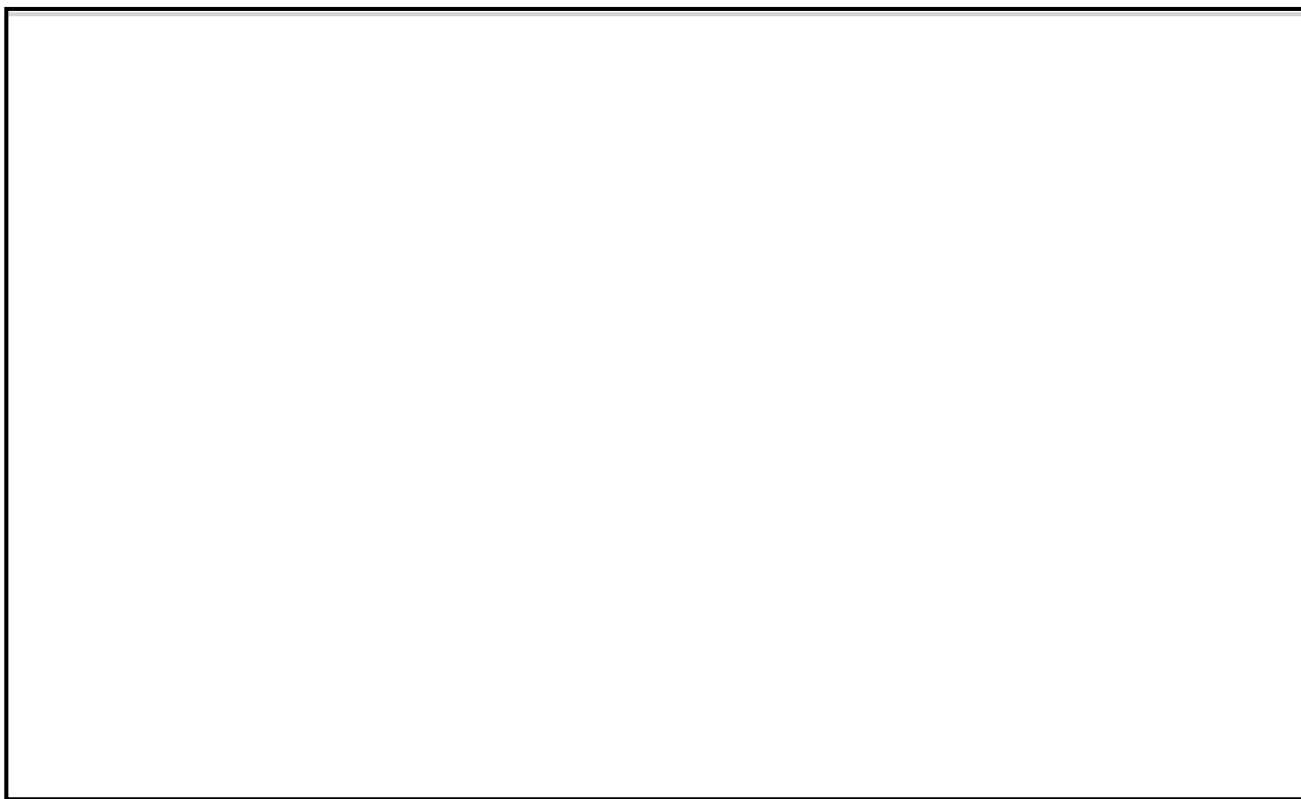
印

6号様式(1)

		支部長氏名		支部長検印	
症例番号	1	患者名		男 女	才
症例の概要：					
症例の詳細（本用紙1枚に収まる範囲内で詳細に記入すること）					
初診日	年 月 日		メンテナンス移行日	年 月 日	

7号様式

術前写真 年 月 日



メンテナンス時写真 年 月 日



8号様式

同 意 書

医療機関名：

当科（院）に受診した患者様の口腔内写真、エックス線写真、及び各種検査内容は、初診時と経過、現在の状態などを比較検討する上で大変重要な資料です。また、今後の歯科治療の向上のため、日本臨床歯科医学会学会の認定歯科衛生士の資料として学会等に報告する場合があります。個人情報の守秘義務を遵守し、上記の目的以外には使用しませんので、予めご了承下さい。

上記内容について同意されればサインをお願いいたします。

西暦 年 月 日

上記内容について担当者_____から十分説明を受け、理解のうえ同意致しました。

患者氏名
(保護者氏名)

印

住 所

※本紙は同意書の例文です。条件を満たした同意書であれば所定の用紙である必要はありませんが同意書は必ず保存をお願い致します。