

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医申請書

日本臨床歯科医学会理事長 殿

西暦 年 月 日

ふりがな  
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専門医制度による専門医の資格を取得致したく、必要書類及び認定審査料を添えて申請致します。

### 必要書類

- (1) 認定医申請書（1号様式）
- (2) 誓約書（2号様式）
- (3) 履歴書（3号様式）
- (4) 歯科医師免許証（写）
- (5) 会員歴証明書（4号様式）：会員歴5年以上
- (6) 支部SJCD会長推薦書（5号様式）
- (7) 業績（6号様式）
- (8) 症例一覧（7号様式）
- (9) 同意書（8号様式）

（注）氏名以外データで入力出来る部分はパソコンを用いて記入すること。申請書、写真作成方法等は学会ホームページ専門医制度内各種申請書ダウンロード参照の事。

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程に則り、臨床歯科治療を行うことを誓います。

また、認定医制度規程第7章の各号に該当する場合には、速やかに専門医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"/> 大学歯学部卒業 <input type="checkbox"/> 第○回歯科医師国家試験合格 <input type="checkbox"/> 歯科医籍登録第○○○○○号 <input type="checkbox"/> ○○大学大学院○○研究科修了
職 歴			
			<input type="checkbox"/> 大学歯学部研修医 <input type="checkbox"/> 大学研究生 <input type="checkbox"/> 大学助手 <input type="checkbox"/> 歯科医院勤務 <input type="checkbox"/> 歯科医院開業
SJCD及び社会における活動			
			<input type="checkbox"/> SJCD会員 (委員、理事) <input type="checkbox"/> 学会専門医
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		

# SJCD会員歴証明書

殿は、西暦 年 月 日から  
西暦 年 月 日まで継続 年 カ月間 ○○○  
SJCD会員として在籍している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

# 推 薦 書

日本臨床歯科医学会理事長 殿

西暦 年 月 日

日本臨床歯科医学会 ○○支部

支部会長 印

殿は、日本臨床歯科医学会認定医としてふさわしい人格をそなえ、十分な経歴、学識、技能を有しているのに推薦致します。

6号様式(1)-1

業績目録(学会誌)

研究論文(著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日)

(1)-1, (1)-2, (1)-3を合わせ20編以上. 単著は20編と換算する.  
別刷り又はコピーを添付すること。

別刷り又はコピーが無いものは赤字にて記載

1. 専門太郎、○○○○、○○○○

○○○○を用いた○○○○法の臨床術式

日本歯科保存学雑誌

第○巻 第○号 ○○○頁～○○○頁

西暦○○○○年○月○日発行

2.

研究論文(著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行日)

(1)-1, (1)-2, (1)-3を合わせ20編以上. 単著は20編と換算する.  
別刷り又はコピーを添付すること。

別刷り又はコピーが無いものは赤字にて記載

1. 専門太郎、○○○○、○○○○

○○○○を用いた咬合再構成

クインテッセンス

第○巻 第○号 ○○○頁~○○○頁

西暦○○○○年○月○日発行

2.



業績目録(書籍)

研究論文(著者名:単著の場合名前に下線、論文名、書籍名、巻・号、頁、発行日)

(1)-1, (1)-2, (1)-3を合わせ20編以上. 単著は20編と換算する.

別刷り又はコピーを添付すること。

別刷り又はコピーが無いものは赤字にて記載

1. 専門太郎

ボンデッドポーセレンレストレーション

クインテッセンス

西暦〇〇〇〇年〇月〇日発行

2. 専門太郎、〇〇〇〇、〇〇〇〇

〇〇〇〇を用いたメンテナンスの実際

補綴臨床別冊 長期経過とメンテナンスのポイント

〇〇〇頁~〇〇〇頁

西暦〇〇〇〇年〇月〇日発行

6号様式(2)-1

業績目録(学会発表)

研究報告発表(演者名、演題名、学会名、開催年月日・都道府県)  
(2)-1, (2)-2を合わせ20回以上.

事前抄録のコピーを添付すること。

事前抄録のコピーが無いものは赤字にて記載。

1. 専門太郎、〇〇〇〇、〇〇〇  
審美的〇〇〇における〇〇〇  
日本補綴歯科学会第〇〇〇回学術大会  
西暦〇〇〇〇年〇月〇日 愛知

2.

6号様式(2)-2

業績目録 (SJCD発表、一般講演)

研究報告発表 (演者名、演題名、講演会名、開催年月日・都道府県)

(2)-1, (2)-2を合わせ20回以上.

事前抄録のコピーを添付すること。

事前抄録のコピーが無いものは赤字にて記載。

1. 専門太郎

〇〇〇〇を用いたインプラント治療

西暦〇〇〇〇年度〇〇〇SJCD第〇〇回例会

西暦〇〇〇〇年〇月〇日 東京

2

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医、指導医取得・更新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。