１号様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

受付年月日　西暦　　　年　　月　　日

日本臨床歯科学会認定歯科衛生士申請書

日本臨床歯科学会理事長　殿

西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　印

住所　〒

電話番号

ファックス番号

日本臨床歯科学会認定制度による認定歯科衛生士の申請を致したく、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）履歴書（３号様式）

（４）学術大会等参加記録（４号様式）

（５）在籍証明書（５号様式）

（６）症例記録（６号様式）

（７）症例の術前術後カラー写真（７号様式）３症例

（８）同意書（８号様式）

２号様式

誓　　約　　書

　　日本臨床歯科学会理事長　殿

西暦　　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　印

私は、日本臨床歯科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。

３号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 顔写真  (カラー)  2.5cm×3cm | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | 履　歴　書  （記載例） | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | 男 |  | |  |  | |
|  | 氏　名 | |  | | | | ・ | 西暦 年 月 日生 | |  |  | |
|  |  | |  | | | | 女 |  | |  |  | |
|  | 本　　籍 | |  | | | | | | |  |  | |
|  |  | |  | | | | | | |  |  | |
|  | 学　　　　　　歴 | | | | | | | | |  |  | |
|  | (西暦)年 | 月 | | 日 | ○○衛生士学校卒業 | | | | |  |  |
|  |  |  | |  | 第○回衛生士国家試験合格 | | | | |  |  |
|  |  |  | |  | 衛生士籍登録第○○○○○号 | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | |  |  |
|  | 職　　　　　　歴 | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  | ○○大学歯科衛生士専科助手 | | | | |  |  |
|  |  |  | |  | ○○歯科医院所勤務 | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | |  |  |
|  | SJCD及び社会における活動 | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  | ○○SJCD会員（委員、理事） | | | | |  |  |
|  |  |  | |  | ○○学会認定衛生士 | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | |  |  |
|  | 賞　　　　　　罰 | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  | | | | |  |  |
|  | 上記の通り相違ありません。 | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  | 西暦　　　　年　　月 日 | | | | | | | | |  |  | |
|  | 氏名 印 | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | |  | |

３号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 顔写真  (カラー)  2.5cm×3cm | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | 履　歴　書 | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | 男 |  | |  |  | |
|  | 氏　名 | |  | | | | ・ | 西暦 年 月 日生 | |  |  | |
|  |  | |  | | | | 女 |  | |  |  | |
|  | 本　　籍 | |  | | | | | | |  |  | |
|  |  | |  | | | | | | |  |  | |
|  | 学　　　　　　歴 | | | | | | | | |  |  | |
|  | （西暦）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。 | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | | | | | | | | |  |  | |
|  | 西暦　　　　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

日本臨床歯科学会　〇〇支部

支部会長　　　　　　　　　　　印

６号様式（１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指**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　　　　　　　　　　　メインテナンス移行日　　　　　年　月　日 | | | | | |

７号様式

術前写真　　　年　月　日

メインテナンス時写真**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　　　　　　　　　　　印

（保護者氏名）

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。**