

# 日本顎変形症学会指導医（口腔外科）認定申請書

年 月 日

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

(申請書の日付はすべて西暦)

認定医・指導医資格認定審査会 殿

主たる勤務先 (施設名及び講座 または診療科)	
申請者氏名 (自筆)	⑩
会員番号	

特定非営利活動法人日本顎変形症学会認定医(口腔外科)制度規則に基づき、下記の関係書類及び審査料を添えて指導医認定申請をいたしますので審査をお願いいたします。

記

1. 認定申請書 (B-1)
2. 履歴書 (B-2)
3. 本学会認定医認定証 (写)
4. 研修施設在籍(職)証明書 (B-3)
5. 本学会会員証明書 (B-4)
6. 研修実績報告書 (B-5)
7. 診療実績報告書 (B-6)
8. 小論文 (B-7)
9. 審査料 振込の控え (写)
10. 本学会が必要と判断した証明書 (指示があった場合のみ)

以上

連絡先 (必須)	E-mail アドレス	
	勤務先	所在地 〒 -
		名称 (TEL) - -
	自宅 (TEL)	〒 - - -



関連学会(入会年)及び社会における活動等			
年	学会名又は社会活動の内容	年	学会名又は社会活動の内容
以上相違ありません 年 月 日		氏 名 (自 署) <span style="float: right;">⑩</span>	

### 研修期間自己申告書

\* 判定年数欄は記入不要

研修施設 名 称	研修施設の認 定番号及び 認定年月日 (学会HP参照)	指導医氏名	自			至			研修期間	
			年	月	日	年	月	日	自己申告 年数	判定* 年数
	暫定期間中 未認定									
	暫定期間中 申請中									
			研修期間合計							

研修施設 在籍(職) 証明書

証明年月日

年 月 日

機 関 名

医療施設の長  
氏 名

⑩

下記の者は当機関において、次のとおり在籍(職)している(いた)ことを証明します。

氏 名	生年月日	年 月 日生
勤務期間(同一施設内の異動のみを記入して下さい)	職 名 等	勤務態様 (常勤：週3日以上)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)
自 年 月 日～至 年 月 日		常勤・非常勤(週 日)

※備考

※ 氏名・会員番号のみご記入ください。

## 学 会 会 員 証 明 書

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

殿 は 年 月 日 から引き続いて  
 会員番号 第 号

本学会会員であることを証明します。

以 上

事務局確認欄	年会費 完納 ・ 年度から未納		確認日  年 月 日
	所属施設 ・住所	自宅 住所	

## 研 修 実 績 報 告 書

年 月 日

### 1. 学会参加・学会発表

(1) 学会参加（本学会が主催する学術大会への参加3回以上が必須要件です。）

記載事項：学会名・開催地・開催年月日	単位数
1 第 回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地： 開催日： 年 月 日	20
2 第 回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地： 開催日： 年 月 日	
3 第 回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地： 開催日： 年 月 日	
4 第 回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地： 開催日： 年 月 日	
5 第 回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 開催地： 開催日： 年 月 日	

(参加証のコピーを添付)

(2) 学会発表（本学会が主催する学術大会での筆頭者としての発表1回以上が必須要件です。）

記載事項：学会名・発表年月日・演題番号・演題名	単位数	演者区分
1 第 回特定非営利活動法人日本顎変形症学会総会・学術大会 年 月 日 ○-○-○ 「 」	12	<input checked="" type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
2		<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
3		<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
4		<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
5		<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者

(プログラム或いは抄録等の該当部分のコピーを添付し、ここに記載された番号と整合性が得られるようにしてください。)

2. 教育研修会（本学会が主催する教育研修会への参加1回以上が必須要件です。）

記載事項：研修会名・開催年月日・主題		単位数
1	第 回教育研修会 開催日： 年 月 日 主題：「 」	15
2		
3		
4		
5		

（修了証等のコピーを添付）

3. 論文業績（論文業績以外で単位数を満たせない場合に論文発表も研修実績として認めます。）

1	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：
	著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）	発行 （西暦） 年 月
		巻 号 ～ ページ
2	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：
	著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）	発行 （西暦） 年 月
		巻 号 ～ ページ
3	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：
	著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）	発行 （西暦） 年 月
		巻 号 ～ ページ

学会参加（ 単位）＋学会発表（ 単位）＋教育研修会（ 単位）＋論文業績（ 単位）  
＝ 計120単位以上 単位数 計 \_\_\_\_\_ （150単位までの記載に留めてください）

参加証等コピー貼付用紙

- \*学会参加証等は、氏名、学会名、証明No.が確認できるようにコピーし、貼付してください。
- \*添付する学会発表の抄録は学会名・開催年月日・研修実績報告書の学会発表に記入した番号がわかるようにしてください。
- \*用紙不足の場合は、この用紙をコピーしてください。 ( 枚のうち 枚)



診療実績報告書

(1) 執刀手術一覧表

記入年月日

年 月 日

申請者氏名	
研修施設等 名称	
指導医 もしくは 医療施設の長	印

\*各術式、左右で執刀者が異なる場合には手術名（執刀者）を記載

\*下顎枝矢状分割術：SSRO 下顎枝垂直骨切り術：IVRO Le Fort I 型骨切り術：LF I 等の略称を用いること

番号	生年月日(手術時年齢)	性	手術年月日	手術名(部位を含めて具体的に)
1	( 歳)			
2	( 歳)			
3	( 歳)			
4	( 歳)			
5	( 歳)			
6	( 歳)			
7	( 歳)			
8	( 歳)			
9	( 歳)			
10	( 歳)			

11	( 歳)			
12	( 歳)			
13	( 歳)			
14	( 歳)			
15	( 歳)			
16	( 歳)			
17	( 歳)			
18	( 歳)			
19	( 歳)			
20	( 歳)			
21	( 歳)			
22	( 歳)			
23	( 歳)			
24	( 歳)			
25	( 歳)			
26	( 歳)			
27	( 歳)			

28	( 歳)			
29	( 歳)			
30	( 歳)			
31	( 歳)			
32	( 歳)			
33	( 歳)			
34	( 歳)			
35	( 歳)			
36	( 歳)			
37	( 歳)			
38	( 歳)			
39	( 歳)			
40	( 歳)			
41	( 歳)			
42	( 歳)			
43	( 歳)			
44	( 歳)			

45	( 歳)			
46	( 歳)			
47	( 歳)			
48	( 歳)			
49	( 歳)			
50	( 歳)			
51	( 歳)			
52	( 歳)			
53	( 歳)			
54	( 歳)			
55	( 歳)			
56	( 歳)			
57	( 歳)			
58	( 歳)			
59	( 歳)			
60	( 歳)			
61	( 歳)			

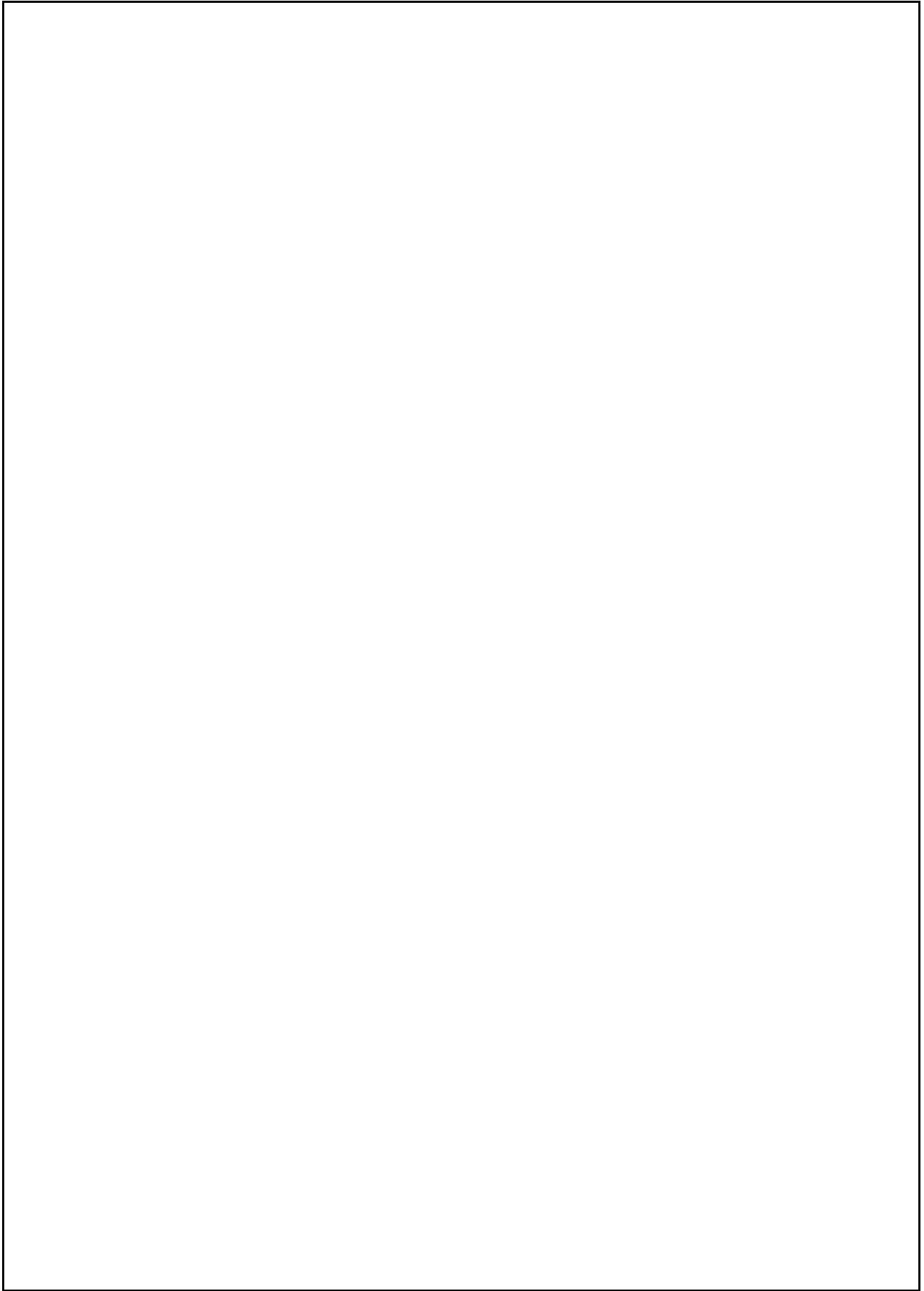
62	( 歳)			
63	( 歳)			
64	( 歳)			
65	( 歳)			
66	( 歳)			
67	( 歳)			
68	( 歳)			
69	( 歳)			
70	( 歳)			

\* 下顎枝矢状分割術については 30 例以上, Le Fort I 型骨切り術については 10 例以上の診療実績を必須とする。

(文字サイズ12~14ポイント、1行33字×30行程度としてください)

## 小論文 (1000字程度)

題名	「顎変形症治療による社会的貢献について指導医として考えるところ」	所属		氏名	
----	----------------------------------	----	--	----	--



特定非営利活動法人

日本顎変形症学会

## 顎矯正手術に関する医療連携協定書

	病院・医院		科（以下「甲」という）と
	病院・医院		科（以下「乙」という）とは

顎矯正手術における医療機能の発展と後進育成の観点から、患者が適切な医療を享受することを前提に、相互が緊密な医療連携を図ることを目的として、下記の通り協定を締結する。

（連携実施内容）

第1条 上記目的を達成するため、甲および乙は次に掲げる事項のいずれかについて実施するものとする。

（1）甲は自院の患者の治療に際し、一定の条件のもと乙にその受け入れを依頼し、甲の主治医が乙の施設に出向いて手術の一部あるいは全部を執刀する。

（2）甲は乙の施設で施術予定の患者および主治医の同意を得た上で、乙の施設に出向いて手術の一部あるいは全部を執刀する。

第2条 上記の連携は甲の施設の規定により甲では施術できない手術を、乙の施設で執刀することにより、甲の施設に所属する治療者が顎変形症学会認定医および指導医（口腔外科）を申請する際の実績として認めるものとする。

第3条 上記の連携により乙の施設は患者の術前術後の管理を担い、顎変形症学会認定研修施設の症例として登録することを認めるものとする。

（守秘義務）

第4条 甲および乙は本協定により知り得た患者の個人情報ならびに業務上の秘密事項が第三者に漏えいしないよう厳守する。

（疑義の決定）

第5条 本協定に定めのない事項および疑義が生じた場合は、甲乙間において協議の上、定めるものとする。

年 月 日

甲 所在地

施設名

代表者氏名

Ⓜ

乙 所在地

施設名

代表者氏名

Ⓜ



## 診療実績報告書（他施設執刀症例）

（１）執刀手術一覧表

記入年月日

年 月 日

申請者氏名	
研修施設等 名称	
指導医 もしくは 医療施設の長	⑩

\*各術式、左右で執刀者が異なる場合には手術名（執刀者）を記載

\*下顎枝矢状分割術：SSRO 下顎枝垂直骨切り術：IVRO Le Fort I型骨切り術：LF I等の略称を用いること

番号	生年月日(手術時年齢)	性	手術年月日	手術名(部位を含めて具体的に)
1	( 歳)			
2	( 歳)			
3	( 歳)			
4	( 歳)			
5	( 歳)			

\*下顎枝矢状分割術については30例以上、Le Fort I型骨切り術については10例以上の診療実績を必須とする。