

日本顎変形症学会研修施設（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)

研修施設審査会 殿

申請施設名 診療科等の名称	
診療科等の 代 表 者 職名・氏名	㊞

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研修施設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 (C-1)
2. 申請施設内容証明書 (C-2)
3. 指導医の勤務証明書 (C-3)
4. 最近5年間の顎変形症診療実績報告書 (C-4)
5. 矯正歯科との連携についての証明書 (C-5)
6. 審査料 振込の控え (写)
7. 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

申請責任者氏名 (代表者と同じ場合は代表者名)		
連絡先 (必須)	E-mail アドレス	
	〒 -	所在地
	TEL 内線	- - ()

申請施設内容説明書

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)

研修施設審査会 殿

施設名	
医療施設の長 職名・氏名	⑨
診療科等の名称	

本施設・診療科等は顎変形症治療全般を研修する施設として、下記の内容であることを申告します。

1) 病床数	病院全体 床 口腔外科使用可能 床 (配分されていない場合は「定床無し」) 口腔外科1日平均使用 床 (年間の延入院人日数/365)	
2) 診療科在籍	日本口腔外科学会 指導医 名・専門医 名・認定医 名	
3)	診療科等に在籍する歯科医師・医師数 常勤 名 非常勤 名 大学院生 名 その他 名 (臨床研修歯科医師 名、)	
4) スタッフ	外来看護師 名 歯科技工士 名 歯科衛生士 名 その他 名 (職種)	
5)	診療科における最近1年間の顎変形症 新患者数 名 (年 月～ 年 月)	
6) 図書	口腔外科に関する書籍数	約 冊
	口腔外科に関する定期刊行物の数	和文雑誌: 誌/英文雑誌: 誌
7) 研修教育	カンファランス(症例検討会) 回/月	抄読会・集談会 回/月
	矯正歯科との検討会 (webやメール等を含む) 回/月	その他: 回/月
8) 診療科等 が使用可 能な診療 設備	歯科診療チェアユニット 台	CT 台・MRI 台
	パノラマX線装置 台	その他、特殊な診療設備
	セファロX線装置 台	
9) 医療安全	医療安全委員会への参加 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	医療安全マニュアル <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	医療安全徹底のためのスタッフへの教育方法について(具体的に記載)	

最近5年間の顎変形症診療実績報告書

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

*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
*5年毎（①～⑤）における年間20例のみの記載を行うこと

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)
①-1	(歳)			
①-2	(歳)			
①-3	(歳)			
①-4	(歳)			
①-5	(歳)			
①-6	(歳)			
①-7	(歳)			
①-8	(歳)			
①-9	(歳)			
①-10	(歳)			
①-11	(歳)			
①-12	(歳)			
①-13	(歳)			
①-14	(歳)			

①-15	(歳)			
①-16	(歳)			
①-17	(歳)			
①-18	(歳)			
①-19	(歳)			
①-20	(歳)			
②-1	(歳)			
②-2	(歳)			
②-3	(歳)			
②-4	(歳)			
②-5	(歳)			
②-6	(歳)			
②-7	(歳)			
②-8	(歳)			
②-9	(歳)			
②-10	(歳)			
②-11	(歳)			
②-12	(歳)			
②-13	(歳)			
②-14	(歳)			
②-15	(歳)			
②-16	(歳)			
②-17	(歳)			
②-18	(歳)			

②-19	(歳)			
②-20	(歳)			
③-1	(歳)			
③-2	(歳)			
③-3	(歳)			
③-4	(歳)			
③-5	(歳)			
③-6	(歳)			
③-7	(歳)			
③-8	(歳)			
③-9	(歳)			
③-10	(歳)			
③-11	(歳)			
③-12	(歳)			
③-13	(歳)			
③-14	(歳)			
③-15	(歳)			
③-16	(歳)			
③-17	(歳)			
③-18	(歳)			
③-19	(歳)			
③-20	(歳)			
④-1	(歳)			
④-2	(歳)			

④-3	(歳)			
④-4	(歳)			
④-5	(歳)			
④-6	(歳)			
④-7	(歳)			
④-8	(歳)			
④-9	(歳)			
④-10	(歳)			
④-11	(歳)			
④-12	(歳)			
④-13	(歳)			
④-14	(歳)			
④-15	(歳)			
④-16	(歳)			
④-17	(歳)			
④-18	(歳)			
④-19	(歳)			
④-20	(歳)			
⑤-1	(歳)			
⑤-2	(歳)			
⑤-3	(歳)			
⑤-4	(歳)			
⑤-5	(歳)			
⑤-6	(歳)			

⑤-7	(歳)			
⑤-8	(歳)			
⑤-9	(歳)			
⑤-10	(歳)			
⑤-11	(歳)			
⑤-12	(歳)			
⑤-13	(歳)			
⑤-14	(歳)			
⑤-15	(歳)			
⑤-16	(歳)			
⑤-17	(歳)			
⑤-18	(歳)			
⑤-19	(歳)			
⑤-20	(歳)			
備考	○○○○年○○例 ○○○○年○○例 ○○○○年○○例 ○○○○年○○例 ○○○○年○○例 計○○○例			

矯正歯科との連携についての証明書

年 月 日

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会
 研修施設審査会 殿

(申請書の日付はすべて西暦)

施設名	
医療施設の長 職名・氏名	㊟

本施設・診療科は下記の矯正歯科施設と連携を行い、顎変形症治療の実績があることを証明します。

連携矯正歯科施設名	年間症例数 (平均)	施設代表者
	例	
	例	
	例	
上記を含めての合計施設数 <u> </u> 施設	年間 <u> </u> 例	/

*全ての連携施設名を記載する必要はありません。主な5つの施設名のみを記載してください。

*原則として顎口腔機能診断指定機関以外との連携は実績としません。