

# 日本顎変形症学会認定医(矯正歯科) 認定申請書

年 月 日

(申請書の日付はすべて西暦)

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

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)	印
会員番号	

特定非営利活動法人日本顎変形症学会認定医(矯正歯科)制度規則に基づき、下記の関係書類及び審査料を添えて認定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 (A-1)
2. 履歴書 (A-2)
3. 歯科医師または医師免許証 (写)
4. 医療施設在籍(職)証明書もしくは勤務期間証明書 (A-3, A-4)
5. 本学会会員証明書 (A-5)
6. 研修実績報告書 (A-6)
7. 診療実績報告書 (A-7)
8. (公社)日本矯正歯科学会の認定医資格証 (写)
9. 審査料 郵便振替払込請求書兼受領証 (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後日別途提出)

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;">㊟</span>	

日本矯正歯科学会の認定医取得において「矯正歯科基本研修修了程度検定試験」もしくは「矯正歯科臨床研修修了程度検定審査」を利用した場合はチェックしてください。

- 日本矯正歯科学会の認定取得において、矯正歯科基本研修修了程度検定試験を利用
- 日本矯正歯科学会の認定取得において、矯正歯科臨床研修修了程度検定審査を利用

医療施設 在籍(職)証明書

発行年月日

年 月 日

機 関 名		
機関の長 職名・氏名 (自筆)		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
自 年 月 日～至 年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日		

※備考

勤務期間証明書

発行年月日	年 月 日
-------	-------

研修施設名 ・診療科名	
施設の長 職名・氏名 (自筆)	印

下記の者は、本施設において顎変形症に関する臨床ならびに研究について研修したことを証明します。  
記

申請者氏名		
	研 修 期 間	施設名 職名等
自	年 月 日 ~ 至 年 月 日	
自	年 月 日 ~ 至 年 月 日	
自	年 月 日 ~ 至 年 月 日	
自	年 月 日 ~ 至 年 月 日	
自	年 月 日 ~ 至 年 月 日	
自	年 月 日 ~ 至 年 月 日	
自	年 月 日 ~ 至 年 月 日	
備 考	研修が複数施設におよぶ場合はそれぞれの研修施設での研修期間を記載してください。 (勤務期間証明書は施設ごとの証明書の提出が必要です)	

※ 氏名・会員番号のみご記入ください。

学 会 会 員 証 明 書

年 月 日

特定非営利活動法人 日本顎変形症学会

	殿
会員番号 第	号

は 年 月 日 から引き続いて

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	備考	

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に限る）

記載事項：学会名・開催地・開催年月日	単位数
1	
2	
3	
4	
5	

(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。）

抄録等の添付の際は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。

筆頭演者としての発表で5年を超える業績は研修単位が0となります。

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		<input 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)

2. 教育研修会（本学会が主催する最近5年以内の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	
2	
3	
4	
5	

(修了証等のコピーを添付)

\*5年を超えるものは記入しないでください。

3. 論文業績（申請時の必須要件ではありません。）研修単位が足りない場合のみご記入ください。

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
	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：
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
	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：
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
	論文題名（別刷添付）：	掲載雑誌名（略称不可）：

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単位を超える業績の記入はお控えください。

## 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研修実績報告書の学会発表に記入した番号・学会名・開催年月日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。 ( 3枚のうち 1枚)

# 症例記録簿

申請者氏名 : \_\_\_\_\_

主 訴			
現病歴			
顔貌所見【該当するものに○をつけること】			
顔貌の対称性 : 対称 ・ (右 / 左) 側偏位		側貌のタイプ : Concave ・ Straight ・ Convex	
スマイル時の上顎切歯の露出度 : 過度 ・ 標準 ・ 少ない			
頭部X線規格写真の所見【分析結果に基づいて○をつけること】			
Skeletal		Skeletal P-A	
Lateral			
	後方位	標準的	前方位
上顎骨			
下顎骨			
		右方偏位	偏位なし
		左方偏位	
上顎骨			
咬合平面	右上がり	水平	左上がり
下顎骨			
		Dental	
		上顎 (唇側傾斜 ・ 標準 ・ 舌側傾斜)	
		下顎 (唇側傾斜 ・ 標準 ・ 舌側傾斜)	
模型・口腔内所見			
大臼歯関係 : 右側 ( ) 級  左側 ( ) 級	Overjet : ( ) mm  Overbite : ( ) mm	上顎 A.L.D. : ( ) mm  下顎 A.L.D. : ( ) mm	正中の偏位 : 顔面の正中に対し上顎前歯正中は ( ) 顔面の正中に対し下顎前歯正中は ( ) 下顎骨の正中に対し下顎前歯正中は ( )
欠損歯 (先天性欠如を含む) : 有 ( ) ・ 無 ( )		歯/歯周組織の疾患 : 有 ( ) ・ 無 ( )	
機能系の所見、その他特記すべき所見			
診 断 名			
治療方針			
非抜歯 ・ 抜歯【抜歯部位】 ( ) 【使用装置】			
上顎			
術式			
U1 移動量 : 垂直 ( ) mm、水平 ( ) mm		U6 移動量 : 垂直 ( ) mm、水平 ( ) mm	
ANS 移動量 : 垂直 ( ) mm、水平 ( ) mm		PNS 移動量 : 垂直 ( ) mm、水平 ( ) mm	
U1 to FH : ( ) ° → ( ) °			
下顎			
術式			
Setback 平均 ( ) mm 右 ( ) mm 左 ( ) mm			
下顎下縁平面 : ( ) ° → ( ) °			
SNA : ( ) ° → ( ) ° SNB : ( ) ° → ( ) ° ANB : ( ) ° → ( ) °			
治療経過概要			
治療結果概要			

# 症例記録簿

申請者氏名 : \_\_\_\_\_

主 訴																																																		
現病歴																																																		
顔貌所見【該当するものに○をつけること】																																																		
顔貌の対称性 : 対称 ・ (右 / 左) 側偏位		側貌のタイプ : Concave ・ Straight ・ Convex																																																
スマイル時の上顎切歯の露出度 : 過度 ・ 標準 ・ 少ない																																																		
頭部X線規格写真の所見【分析結果に基づいて○をつけること】																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">Skeletal</th></tr> <tr><th colspan="3">Lateral</th></tr> <tr><td> </td><td>後方位</td><td>標準的</td></tr> <tr><td> </td><td>前方位</td><td> </td></tr> <tr><td>上顎骨</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>下顎骨</td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Skeletal			Lateral				後方位	標準的		前方位		上顎骨			下顎骨			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">Skeletal</th></tr> <tr><th colspan="3">P-A</th></tr> <tr><td> </td><td>右方偏位</td><td>偏位なし</td></tr> <tr><td> </td><td>左方偏位</td><td> </td></tr> <tr><td>上顎骨</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>咬合平面</td><td>右上がり</td><td>水平</td></tr> <tr><td> </td><td>左上がり</td><td> </td></tr> <tr><td>下顎骨</td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Skeletal			P-A				右方偏位	偏位なし		左方偏位		上顎骨			咬合平面	右上がり	水平		左上がり		下顎骨			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">Dental</th></tr> <tr><td>上顎</td><td>(唇側傾斜 ・ 標準 ・ 舌側傾斜)</td></tr> <tr><td>下顎</td><td>(唇側傾斜 ・ 標準 ・ 舌側傾斜)</td></tr> </table>	Dental		上顎	(唇側傾斜 ・ 標準 ・ 舌側傾斜)	下顎	(唇側傾斜 ・ 標準 ・ 舌側傾斜)
Skeletal																																																		
Lateral																																																		
	後方位	標準的																																																
	前方位																																																	
上顎骨																																																		
下顎骨																																																		
Skeletal																																																		
P-A																																																		
	右方偏位	偏位なし																																																
	左方偏位																																																	
上顎骨																																																		
咬合平面	右上がり	水平																																																
	左上がり																																																	
下顎骨																																																		
Dental																																																		
上顎	(唇側傾斜 ・ 標準 ・ 舌側傾斜)																																																	
下顎	(唇側傾斜 ・ 標準 ・ 舌側傾斜)																																																	
模型・口腔内所見																																																		
大臼歯関係 : 右側 ( ) 級 左側 ( ) 級	Overjet : ( ) mm Overbite : ( ) mm	上顎 A.L.D. : ( ) mm 下顎 A.L.D. : ( ) mm	正中の偏位 : 顔面の正中に対し上顎前歯正中は ( ) 顔面の正中に対し下顎前歯正中は ( ) 下顎骨の正中に対し下顎前歯正中は ( )																																															
欠損歯 (先天性欠如を含む) : 有 ( ) ・ 無		歯/歯周組織の疾患 : 有 ( ) ・ 無																																																
機能系の所見、その他特記すべき所見																																																		
診 断 名																																																		
治療方針																																																		
非抜歯 ・ 抜歯【抜歯部位】 ( ) 【使用装置】																																																		
上顎																																																		
術式																																																		
U1 移動量 : 垂直 ( ) mm、水平 ( ) mm		U6 移動量 : 垂直 ( ) mm、水平 ( ) mm																																																
ANS 移動量 : 垂直 ( ) mm、水平 ( ) mm		PNS 移動量 : 垂直 ( ) mm、水平 ( ) mm																																																
U1 to FH : ( ) ° → ( ) °																																																		
下顎																																																		
術式																																																		
Setback 平均 ( ) mm 右 ( ) mm 左 ( ) mm																																																		
下顎下縁平面 : ( ) ° → ( ) °																																																		
SNA : ( ) ° → ( ) ° SNB : ( ) ° → ( ) ° ANB : ( ) ° → ( ) °																																																		
治療経過概要																																																		
治療結果概要																																																		

## 側面頭部X線規格写真 分析結果

申請者氏名： \_\_\_\_\_

	資料採取日	動的治療開始時		術前矯正終了時		動的治療終了時	
	計測項目	歳	か月	歳	か月	歳	か月
骨 格 系	FH to SN						
	SNA						
	SNB						
	ANB						
	Facial angle						
	Mandibular pl. to FH						
	Gonial angle						
歯 系	U1 to FH						
	IMPA (L1 to MP)						
	FMIA						
	Interincisal angle						
軟 組 織	E-line:Upper (mm)						
	E-line:Lower (mm)						
模 型	Overjet (mm)						
	Overbite (mm)						

※他の分析項目を追加したい場合は空欄に計測項目ご記入ください。

※Overjet、Overbite は模型上で計測した値をご記入ください。

※左右のOverjet、Overbite の値が異なる場合はそれぞれの値をご記入ください。

## 側面頭部 X線規格写真 分析結果

申請者氏名： \_\_\_\_\_

	資料採取日	動的治療開始時	術前矯正終了時	動的治療終了時
	計測項目	歳  か月	歳  か月	歳  か月
骨 格 系	FH to SN			
	SNA			
	SNB			
	ANB			
	Facial angle			
	Mandibular pl. to FH			
	Gonial angle			
歯 系	U1 to FH			
	IMPA (L1 to MP)			
	FMIA			
	Interincisal angle			
軟 組 織	E-line:Upper (mm)			
	E-line:Lower (mm)			
模 型	Overjet (mm)			
	Overbite (mm)			

※他の分析項目を追加したい場合は空欄に計測項目ご記入ください。

※Overjet、Overbite は模型上で計測した値をご記入ください。

※左右の Overjet、Overbite の値が異なる場合はそれぞれの値をご記入ください。

申請書類は A-7-1、A-7-2、A-7-3 のように番号順に提出してください。