　研-様式1

**公益社団法人日本顎顔面インプラント学会認定**

**研修施設申請書**

申請年月日：西暦　　　　年　　月　　日

公益社団法人日本顎顔面インプラント学会

研修施設資格認定審査会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 診療科名 |  |
| 診療科長  氏名（自署） | 印 |
| 代表指導医  （自署） | 印 |

関係書類及び審査料を添えて研修施設申請をいたしますので審査をお願いいたします。

関係書類

1．研修施設申請書 （様式1）

2．研修施設申請審査料郵便振替払込票兼受領証（コピー）（申請書裏面に糊付ける）

3．施設内容説明書 （様式2）

4．指導医勤務証明書 （様式3-1）

5．日本顎顔面インプラント学会指導医・専門医在籍一覧 （様式3-2）

6．診療実績調書 （様式4）

注1：申請書の年号は西暦にて記入してください。

注2：申請審査料1万円、後日登録料5万円の納入が必要です。

注3：自署以外はパソコンを用いて記入してください。

連絡先

|  |
| --- |
| 施設名： |
| 住所：(〒 - ) |
| TEL:　 内線：　 FAX: |
| 担当者： |
| 担当者E-Mail： |

　研-様式2

施設内容説明書

発行年月日：西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 施設代表者 **※**  職位・氏名 | 公印 |

本施設は顎顔面インプラント治療について研修するため、下記の内容を有することを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 診療科 | | 科 |
| 2 | インプラント関連手術に使用可能な病床数・（専有病床数） | | 床　・　（ 床） |
| 3 | 診療科に所属する歯科医師・医師数 | | 常　勤 　名  非常勤 　名  大学院生 　名 |
| 4 | 診療科における最近1年間の外来新患者数 | | 名 |
| 5 | 図　書 | インプラントに関する蔵書数 | 冊 |
| インプラントに関する定期刊行物数 | 和文雑誌： 　誌  英文雑誌： 　誌 |
| 研修教育 | カンファレンス | 回／月 または　　　回／週 |
| 抄読会・セミナーなど | 回／月 または　　　回／週 |
| 6 | インプラント埋入手術および骨造成手術が可能な診療設備 | 診療用チェアーユニット | 台 |
| 画像診断撮影機器（台数）  CT（台数） | （　　　　　　台）  CT（　　　　台） |
| その他の診療設備 | 手術室（有　・　無） |
| 入院施設（有　・　無） |
| AED・救急救命器具（有　・　無） |
| その他（ ） |

* 施設代表者は病院長、学長等です。

　研-様式3-1

指導医勤務証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 発行年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 施設代表者 **※**  職位・氏名 | 公印 |

下記の者は本施設において、常勤していることを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表指導医 氏名 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | |
| 指導医認定日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | 指導医番号 |  | |
|  |  | | | |
| 勤　務　期　間 | | 所属・職位等 | | 備考 |
| 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 | |  | |  |

* 施設代表者は病院長、学長等です。

　研-様式3-2

日本顎顔面インプラント学会指導医・専門医在籍一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 申請施設名 |  |
| 診療科名 |  |
| 診療科長  氏名（自署） | 印 |
| 代表指導医 氏名（自署） | 印 |

本施設に複数の指導医・専門医（非常勤含む）が在籍している場合は、全員記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 職　位 | 氏　名 |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |
| □指導医　・　□専門医 |  |  |

　研-様式4

診　療　実　績　調　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請施設  ・診療科名 |  | 診療期間 | 西暦　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科長  氏名（自署） | 印 |
| 代表指導医  氏名（自署） | 印 |

インプラント埋入手術および骨造成手術（30例以上）

インプラント埋入手術は上部構造装着後2年、骨造成手術は術後1年以上経過観察した症例を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 生年月日 | 性別 | 手術部位・手術名 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 生年月日 | 性別 | 手術部位・手術名 |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |
| 29 |  |  |  |
| 30 |  |  |  |
| 31 |  |  |  |
| 32 |  |  |  |
| 33 |  |  |  |
| 34 |  |  |  |
| 35 |  |  |  |
| 36 |  |  |  |
| 37 |  |  |  |
| 38 |  |  |  |
| 39 |  |  |  |
| 40 |  |  |  |