　専-様式1

**公益社団法人日本顎顔面インプラント学会認定**

**顎顔面インプラント専門医申請書**

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

専門医資格認定審査会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所属研修施設名 |  |
| 申請者（自署） | 印 |
| 会員番号 |  |

関係書類及び審査料を添えて専門医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．専門医申請書 （様式1）

2．専門医申請審査料納入済領収書（コピー）（申請書裏面に糊付ける）

3．履歴書 （様式2）

4．歯科医師または医師免許証（コピー）

5．本学会｢禁煙宣言」に対する同意書 （様式3）

6．医療広告ガイドライン遵守の同意書 （様式4）

7．本学会5年間継続会員証明書 （様式5）

8．研修施設在籍・研修実績証明書 （様式6）

9．診療実績報告書

（1）インプラント埋入手術一覧表（30症例以上） （様式7-1）

（2）インプラント埋入手術症例報告 （様式7-2）

（3）骨造成手術一覧表（5症例以上、インプラント埋入手術症例と重複可） （様式8-1）

（4）骨造成手術症例報告 （様式8-2）

（5）全身管理症例一覧表（周術期全身管理を要した5症例以上） （様式9-1）

（6）全身管理症例報告 （様式9-2）

10．学会発表 （様式10）

11．論文業績 （様式11）

12．BLS、ACLSもしくはICLS修了証（コピー） （様式12）

13．本学会学術大会参加証（コピー） （様式13）

14．本学会指定の他学会参加証（コピー） （様式14）

15．研修会参加証（コピー） （様式15）

16．取得単位表 （様式16）

17．別表

注1：申請書の年号は西暦にて記入してください。

注2：申請審査料は3万円で、後日登録料として5万円の納入が必要となります。

注3：自署以外はパソコンを用いて記入してください。

申請者連絡先（主な連絡先に×を付けてください）

* 所属

|  |
| --- |
| 名称： |
| 住所：(〒　　　-　　　　) |
| TEL:　　 FAX: |

* 自宅

|  |
| --- |
| 住所：(〒　　　-　　　　) |
| TEL:　　 FAX: |

E-Mail：(　　　 )

　専-様式2

履　歴　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | | | 男・女 | | 西暦　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 本籍地 |  | | | | | | | |
| 現住所 |  | | | | | | | |
| 年 | 月 | 日 | 学歴・資格・免許・専門医等の事項 | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
| 自 | | | 至 | | | | 職歴・研修歴等の事項 | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学会および社会における活動 | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 賞　罰　：　有り　・　無し | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません  西暦　　　　年　　月　　日 | | | | 氏　名  （自 署） | | 印 | | |

記入上の注意

1．学歴は大学卒業から大学院、研究生、専攻生、学位などを記入してください。

2．資格、免許は歯科医師または医師の免許、学会専門医取得などを記入してください。

3．西暦で記入してください。

4．賞罰の有無を必ず記載してください。偽りのあった場合は審査結果が無効になる場合があります。

　専-様式3

禁煙活動宣言の同意書

公益社団法人日本顎顔面インプラント学会理事長　殿

西暦　　　　年　　月　　日

氏名（自署）　　　　　　　　　　　印

私は、公益社団法人日本顎顔面インプラント学会禁煙宣言に則り、歯科医療の専門家集団として、自らの足元から禁煙 および受動喫煙防止活動を積極的に推進するとともに、その重要性を社会に発信し、たばこのない社会を目指して禁煙活動に取り組むことに同意します。

　専-様式4

医療広告ガイドライン遵守の同意書

公益社団法人日本顎顔面インプラント学会理事長　殿

西暦　　　　年　　月　　日

氏名（自署）　　　　　　　　　　　印

私は、公益社団法人日本顎顔面インプラント学会倫理規程、および厚生労働省の医療広告ガイドラインを遵守し、医療活動を行うことに同意します。

また、専門医制度規則第24条の各号に該当した場合には、速やかに専門医証を返却することに同意します。

　専-様式5

本学会5年間継続会員証明書

発行年月日：西暦　　　　年　　月　　日

公益社団法人日本顎顔面インプラント学会

※氏名・会員番号のみご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 殿 | は | （↓事務局記入）  西暦　　　　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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | 年会費　　完納　・　未納　（　　　　　年度から） | 確認印  西暦　　　　年　　月　　日 |

　専-様式6

研修施設在籍・研修実績証明書

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

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名（注1） |  |
| 施設代表者（注2）  職位・氏名 | 公印 |
| 研修施設指導者（注3）  □ 指導医  □ 専門医  氏　名（自署） | 印 |

下記の者は当施設において、次のとおり常勤し研修していることを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | |
|  |  | | | |
| 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 | |  | |  |

注1：施設名は申請者が所属する施設名となります。

注2：施設代表者は病院長、学長等です。

注3：研修施設指導者（□ 指導医・□ 専門医）は研修施設に登録されている当学会指導者となります。准研修施設のみ学会専門医が指導する場合があります。

　専-様式7-1

診療実績報告書

（1）インプラント埋入手術一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 研修施設名 |  |
| 申請者氏名 |  |

30症例以上を記入してください。

インプラント埋入手術は上部構造装着後2年以上経過観察症例を記入してください。

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

　専-様式7-2

診療実績報告書

（2）インプラント埋入手術症例報告

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |

以下複写して記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表症例番号 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | | 男・女 |
| 手術年月日 | 年　　月　　日 | 手術部位・手術名 |  | | |
| 初診日 | 年　　月　　日 | 術前パノラマエックス線撮影日 | | 年　　月　　日 | |
| 上部構造  装着日 | 年　　月　　日 | 上部構造装着後2年以上経過  パノラマエックス線撮影日 | | 年　　月　　日 | |
| 手術および経過の概要  （記載内容は概要，エックス線所見，術中所見，インプラント名，経過等について10行以上1ページに収まる範囲内に記載、写真はA4上質写真印刷紙に術前術後のパノラマエックス線写真を添付してください。  印刷写真は術前術後を出来るだけ大きく、症例番号と日付を記載して上下2段に印刷してください。写真が規定より小さい、または診断困難な場合は再提出となります。） | | | | | |

　専-様式8-1

診療実績報告書

（3）骨造成手術一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 研修施設名 |  |
| 申請者氏名 |  |

5症例以上を記入してください。　症例は様式7-1と重複可。

骨造成手術に関しては術後1年以上経過観察症例を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 生年月日 | 性 | 手術部位・手術名 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

　専-様式8-2

診療実績報告書

（4）骨造成手術症例報告

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |

以下複写して記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表症例番号 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | | 男・女 |
| 手術年月日 | 年　　月　　日 | 手術部位・手術名 |  | | |
| 初診日 | 年　　月　　日 | 術前パノラマエックス線撮影日 | | 年　　月　　日 | |
| 骨造成手術  症例施行日 | 年　　月　　日 | 骨造成手症例1年以上  経過パノラマエックス線撮影日 | | 年　　月　　日 | |
| 手術および経過の概要  （記載内容は概要，エックス線所見，術中所見，インプラント名，経過等について10行以上1ページに収まる範囲内に記載、写真はA4上質写真印刷紙に術前術後のパノラマエックス線写真を添付してください。  印刷写真は術前術後を出来るだけ大きく、症例番号と日付を記載して上下2段に印刷してください。写真が規定より小さい、または診断困難な場合は再提出となります。） | | | | | |

　専-様式9-1

診療実績報告書

（5）全身管理症例一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 研修施設名 |  |
| 申請者氏名 |  |

周術期全身管理を要した5症例であれば、インプラントに関連した症例でなくてもかまいません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 生年月日 | 性 | 手術部位・手術名 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

　専-様式9-2

診療実績報告書

（6）全身管理症例報告

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |

以下複写して記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表症例番号 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | 男・女 |
| 手術年月日 | 年　　月　　日 | 手術部位・ 手術名 |  | |
| 手術および経過の概要 | | | | |

　専-様式10

学会発表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | 申請者氏名 |  |

本学会学術大会で1回以上筆頭者としての発表が必要です。　抄録集表紙と抄録（コピー可）を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.1 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.2 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.3 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.4 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.5 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.6 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.7 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.8 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.9 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No.10 | 演題名： | 発表学会名： | |
| 発表者氏名（筆頭演者に○印・共同演者を含む）： | | 発表年月日（西暦）  　　　　年　　月　　日 | 単位数 |

　専-様式11

論文業績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | 申請者氏名 |  |

インプラントに関連した論文2編以上、うち1編は本学会学会誌に掲載されたものが必要です。  
別刷り（コピー可）を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.1 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.2 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.3 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.4 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.5 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.6 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.7 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.8 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.9 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.10 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： | | | |
| 著者氏名（共同著者を含む）： | | 発行年月（西暦）  　　　　年　　月 | 巻 | 号 | 頁  ～ |

　専-様式12

BLS、ACLSもしくはICLS修了証のコピーを添付してください。

　専-様式13

本学会学術大会参加証のコピーを添付してください。

※本学会学術大会に2回以上の参加が必要です。

　専-様式14

本学会指定の他学会参加証のコピーを添付してください。

　専-様式15

研修会参加証のコピーを添付してください。

※本学会が主催もしくは指定する教育研修会の2回以上の参加実績が必要です。  
なお、教育研修会には本学会が単独で行う研修会と口腔四学会合同の研修会があり、1回は本学会が単独で行う教育研修会への参加が必要です。

　専-様式16

取得単位表

**単位取得数**※1、※2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学会参加** |  | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学会学術大会 | 総会 | 20 |  |  |  |
| 日本口腔外科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| 日本補綴歯科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| 日本歯周学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| 日本歯科放射線学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| 日本口腔インプラント学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 地方会 | 7 |  |  |
| その他関連学会学術大会 | 総会 | 7 |  |  |  |
| 地方会 | 5 |  |  |
| 国際口腔顎顔面外科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| アジア口腔顎顔面外科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 大韓口腔顎顔面外科学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 国際口腔顎顔面外科学会関連学会 | 総会 | 10 |  |  |  |
| 各大学主催の学内学術集会 |  | 5 |  |  |  |
| **合計** | | | | |  |
| **学会発表** |  | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学会 | 筆頭発表者 | 15 |  |  |  |
| 共同発表者 | 10 |  |  |  |
| 指定関連学会（別表） | 筆頭発表者 | 10 |  |  |  |
| 共同発表者 | 5 |  |  |  |
| **合計** | | | | |  |
| **和文論文** |  | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学会誌 原著論文  原著論文以外の論文 | 筆頭著者 | 30 |  |  |  |
| 共同著者 | 15 |  |  |
| 筆頭著者 | 20 |  |  |  |
| 共同著者 | 10 |  |  |
| 指定関連学会誌（別表） 原著論文  原著論文以外の論文 | 筆頭著者 | 15 |  |  |  |
| 共同著者 | 10 |  |  |
| 筆頭著者 | 10 |  |  |  |
| 共同著者 | 5 |  |  |
| **合計** | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **英文論文** |  | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 指定関連学会誌（別表） 論文 | 筆頭著者 | 15 |  |  |  |
| 共同著者 | 8 |  |  |
| **合計** | | | | |  |
| **教育研修会への参加**※3 | | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
| 本学会主催の教育研修会 | | 20 |  |  |  |
| 本学会と共催する口腔四学会合同教育研修会 | | 20 |  |  |  |
| **合計** | | | | |  |
| **その他の講習会参加** | | **単位数** | **回数** | **小計** | **計** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| **合計** | | | | |  |
| **総合計（**西暦　　　　年4月～　　　　年3月：**計　　年間の実績）** | | | | |  |

※1 ：単位数総合計は以下のようになります。  
専門医認定申請（細則第11～15条参照）：100単位以上（本学会が主催する学術大会に2回以上参加、本学会学術大会で1回以上筆頭者として発表、論文発表を2編以上うち1編は本学会学会誌を含む。教育研修会は本学会単独開催を含み2回以上参加のこと。）

※2 ：1年間は4月～翌年3月となります。

※3 ：教育研修会：研修会には本学会単独開催のものと、本学会と共催する口腔四学会合同のものがあります。

**別表　（提出不要）**

**指定関連学会**

1． 日本口腔外科学会

2． 日本口腔科学会

3． 日本補綴歯科学会

4． 日本歯周病学会

5． 日本歯科放射線学会

6． 日本口腔インプラント学会

7． 日本歯科麻酔学会

8． 日本顎顔面補綴学会

9． 日本口腔診断学会

10． 日本顎変形症学会

11． 日本顎関節学会

12． 日本小児口腔外科学会

13． 日本化学療法学会

14． 日本歯科薬物療法学会

15． 日本歯科医学会総会

16． 日本医学会総会

17． 日本口腔粘膜学会

18． 日本有病者歯科医療学会

19． 日本歯科心身医学会

20． 日本口腔病理学会

21． 日本口腔顎顔面外傷学会

22． 日本レーザー歯学会

23． 日本癌学会

24． 日本癌治療学会

25． 日本頭頸部癌学会

26． 日本口腔腫瘍学会

27． 日本口蓋裂学会

28． 各大学主催の学内学術集会

**指定学術雑誌**

**国 内 雑 誌**

1． 日本顎顔面インプラント学会誌

2． 日本口腔外科学会雑誌

3． 日本補綴歯科学会雑誌

4． 日本歯周病学会雑誌

5． 歯科放射線

6． 日本口腔インプラント学会誌

7． 日本口腔科学会雑誌

8． 日本歯科麻酔学会雑誌

9． 顎顔面補綴

10． 日本口蓋裂学会雑誌

11． 日本顎変形症学会雑誌

12． 日本顎関節学会雑誌

13． 小児口腔外科

14． 日本化学療法学会雑誌

15． 歯科薬物療法

16． 日本口腔粘膜学会雑誌

17． 有病者歯科医療

18． 日本歯科心身医学会雑誌

19． 日本口腔診断学会雑誌

20． 日本口腔腫瘍学会雑誌

21． 口腔顎顔面外傷

22． 日本レーザー歯学会誌

23． 頭頸部癌

24． International Journal of Clinical Oncology

25． Oral Medicine & Pathology

26． Hospital Dentistry & Oral-Maxillofacial Surgery

27． Oral Radiology

28． Oral Science International

29． Cancer Science

30． 各大学学内誌（顎顔面インプラント学，特に臨床面に関連する論文）

**外 国 雑 誌**

1. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery

2. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery（AAOMS）

3. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery

4. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Medicine and Pathology (JOMSMP)

5. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology

6. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery

7. 大韓口腔顎顔面外科学会雑誌

8. Acta Odontologica Scandinavica

9. Biomaterials

10. Clinical Implant Dentistry and Related Research

11. Clinical Oral Implants Research (European Association for Osseointegration)

12. Ceramics International

13. Implant Dentistry (International Congress of Oral Implantologists)

14. International Journal of Oral & Maxi1lofacial Implants (Academy of Osseointegration)

15. International Journal of Periodontology and Restorative Dentistry

16. International Journal of Prosthodontics (International College of Prosthodontics)

17. Journal of Clinical Periodontology

18. Journal of Dental Research (International Association of Dental Research)

19. Journal of Dentistry

20. Journal of Oral Implantology (American Academy of Implant Dentistry)

21. Journal of Oral Rehabilitation

22. Journal of Periodontology

23. Journal of Periodontal Research

24. Journal of Prosthetic Dentistry

25. Journal of Prosthodontics

26. Prosthodontic Research & Practice

27. Oral Oncology

28. The Cleft Palate-Craniofacial Journal

29. Oral Diseases

30. Journal of Oral Pathology & Medicine

31. Head & Neck

32. Dentomaxillofacial Radiology

注：学術論文は、上記に限定されるものでなく、広く顎顔面インプラント学関係雑誌掲載論文を認めます。

ただし、その際は別刷の添付を必要とし、その内容が審査されます。