専門医様式1

一般社団法人日本デジタル歯科学会

デジタル歯科専門医申請書

日本デジタル歯科学会専門医認定委員会　殿

私は、専門医制度第1条、第4条に規定されているデジタル歯科専門医の認定を受けたく、必要書類および申請料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 申請者氏名 |  |
| 所属機関名（勤務先名） |  | 職名 |  |

申請料（申請料お支払いフォームよりお手続きください）

（下記のいずれかに○印を記載してください）

支払い方法：　銀行振込　・　カード決済

支払日：　　年　　月　　日

専門医様式2

履 歴 書

記載年月日：　　　　年　　　　月　　　　日

※年号は西暦で記載して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 性別男　・　女 |
| 生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　（　　　　　歳） |
| 所属機関勤務先名 |
| 勤務先の役職名　 |
| 卒業大学名 |
| 連絡先 | 〒　 |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　FAX：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 職歴（学歴は最終学歴を記載して下さい。） |
| 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  |
| 他学会役員歴、表彰歴、認定資格等 |

※所属機関、勤務先名は正式名称で記載して下さい。

専門医様式3

一般社団法人日本デジタル歯科学会

正会員歴証明書

 　　　　 殿

貴殿は下記の期間、本学会正会員であることを証明いたします。

 会 員 №

 会 員 歴 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

通算 　　年　　か月

　　　年　　月　　日

 一般社団法人日本デジタル歯科学会 印

専門医様式4・5

一般社団法人日本デジタル歯科学会

学術大会・セミナー参加記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学術大会 | 単位数 | ※確認用 |
| 第　　回　日本デジタル歯科学会学術大会 |  |  |
| 第　　回　日本デジタル歯科学会学術大会 |  |  |
| 第　　回　日本デジタル歯科学会学術大会 |  |  |
| 第　　回　日本デジタル歯科学会学術大会 |  |  |
| 第　　回　日本デジタル歯科学会学術大会 |  |  |

※第11回学術大会（2020年）以前については参加証のコピーを添付すること。

※非会員として参加した大会については参加証のコピーを添付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 夏季・冬季セミナー | 単位数 | ※確認用 |
| 年度　夏季・冬季セミナー |  |  |
| 年度　夏季・冬季セミナー |  |  |
| 年度　夏季・冬季セミナー |  |  |
| 年度　夏季・冬季セミナー |  |  |
| 年度　夏季・冬季セミナー |  |  |

※2020年以前については参加証のコピーを添付すること。

※非会員として参加したセミナーについては参加証のコピーを添付すること。

関連学会学術大会等の参加記録

（注）関連学会の学術大会参加を証明する参加証等のコピーを必ず添付して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学術大会 | 期日 | 単位数 | ※確認用 |
| 記載例：第○○回　○○学会会学術大会 | 2000年○月○日 | ○○ |  |
| 第　　回 |  |  |  |
| 第　　回 |  |  |  |
| 第　　回 |  |  |  |
| 第　　回 |  |  |  |

専門医様式6

業績目録

[学会発表]※例にならって記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入例 | 演者名（発表順）：○○○○、△△△△ | 学術大会名：第○回日本デジタル歯科学会 | 単位数 |
| ○○ |
| 演題名：○○○○○○○○○○○○○○ | 発表年月日：２０００年○月△日 |
|  |  |  |  |
| 1 | 演者名（発表順）： | 学術大会名： | 単位数 |
|  |
| 演題名： | 発表年月日：　　年　　月　　日 |
| 2 | 演者名（発表順）： | 学術大会名： | 単位数 |
|  |
| 演題名： | 発表年月日：　　年　　月　　日 |
| 3 | 演者名（発表順）： | 学術大会名： | 単位数 |
|  |
| 演題名： | 発表年月日：　　年　　月　　日 |
| 4 | 演者名（発表順）： | 学術大会名： | 単位数 |
|  |
| 演題名： | 発表年月日：　　年　　月　　日 |

（注）

1）演者名は共同発表者名を含む抄録記載順とし、申請者名の前に○印を付けて下さい。

2）発表を行った抄録の写しを添付して下さい。

3）用紙が足りない場合はコピーして使用して下さい。

専門医様式7

業績目録

[論文発表]※例にならって記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入例 | 著者名（発表順）：○○○○、△△△△ | 雑誌名：日本デジタル歯科学会誌 | 単位数 |
| ○○ |
| 論文名：○○○○○○○○○○○○○○ | 巻号、頁、年：第12巻第2号1～5頁　2000年 |
|  |  |  |  |
| 1 | 著者名（発表順）： | 雑誌名： | 単位数 |
|  |
| 論文名： | 巻号、頁、年： |
| 2 | 著者名（発表順）： | 雑誌名： | 単位数 |
|  |
| 論文名： | 巻号、頁、年： |
| 3 | 著者名（発表順）： | 雑誌名： | 単位数 |
|  |
| 論文名： | 巻号、頁、年： |
| 4 | 著者名（発表順）： | 雑誌名： | 単位数 |
|  |
| 論文名： | 巻号、頁、年： |

（注）

1）著者名は共著者を含む全員の氏名を記載し、申請者名の前には○印を付けて下さい。

2）記載した論文の別刷りあるいは写しを添付して下さい。

3）用紙が足りない場合はコピーして使用して下さい。

専門医様式8

・デジタル歯科技術を用いた疾患の診断および治療記録に関するケースプレゼン　　テーション審査結果報告書　→2023年7月に申請される方に関しては不要です

・記述型筆記試験合格証明書　→2023年7月に申請される方に関しては不要です

・臨床実技試験（オーラルスキャナーコンペティション）合格証明書

　→2023年7月に申請される方に関しては不要です

※審査結果通知のコピーを添付して下さい。