

受付番号※	—
受付年月日※	

## 認定医申請書(専門医からの申請用)

令和 年 月 日

公益社団法人日本小児歯科学会  
認定医委員会 殿

日本小児歯科学会認定医制度規則に基づいて、小児歯科学会認定医の認定を受けたく下記の関係書類を提出いたしますので、ご審査願います。

フリガナ				
申請者氏名				印
生年月日	年 月 日	男 ・ 女	所属地方会	・北日本 ・関東 ・中部 ・近畿 ・中四国 ・九州
自宅住所	〒 電話 - -			
勤務先、 開業医院名	(所属科名 または 標榜科名 )			
勤務先住所	〒 電話 - -			
メールアドレス				

- 記入注意
- 1) 黒インクまたは黒ボールペンを使用し、楷書で記入してください。
  - 2) 勤務している方は所属科名を、開業している方は標榜科名を記入してください。
  - 3) 所属地方会欄は、勤務先、開業医院の所在地により記入してください。

- 提出書類
1. 診療実績証明書[認定医申請用](第7号様式)
  2. 専門医認定証コピー  
(専門医認定を失効している場合は、専門医認定期限から5年間は申請可能)
  3. 生涯研修実績申告書および生涯研修記録簿(第10号様式、専門医からの申請用)
  4. 学会参加、発表等を証明する資料(参加証、抄録コピー等)
  5. 専門医セミナーの受講(2回)を証明する資料
  6. 認定医申請料(1万円)振込み受領証コピー(振込先は下記)

注意事項 認定医を専門医と同時に取得することはできない。

申請料（10,000 円）の送金先

郵便局からお振込の場合（郵便振替）

口座番号 振替口座 **00190-5-187107**

加入者名：日本小児歯科学会認定医係

※払込用紙はゆうちょ銀行（郵便局）備え付けの用紙をご利用ください。

※通信欄に「認定医申請料」と明記してください。

郵便局以外の金融機関からお振り込みの場合

銀行名：ゆうちょ銀行

金融機関コード：**9900**

店番：**019**

預金種目：当座

店名：〇一九店（ゼロイチキユウ店）

口座番号：**0187107**

加入者名：日本小児歯科学会認定医係

※払込手数料はご申請者にてご負担願います。

## 診療実績証明書

申請者氏名

印

1. 診療施設名:

\*施設長名:

2. 標榜科名:

3. 勤務状況: (1) 常勤 (2) 非常勤 ( 日/週) 該当番号に○をつける

診療実績: 月あたりの診療実績日数 ( 日)

4. 申請者の小児患者の診療状況

(1) 一日あたりの全患者に占める小児患者の割合 (例: 25人/50人 × 100 = 50%)

( 人 / 人 × 100 = % )

(2) 一月あたりの全患者に占める小児患者の割合

( 人 / 人 × 100 = % )

\* 申請者の当該患者に占める小児患者(18歳未満)の割合を記入すること。

\* 小児患者の診療状況とは、最近2年間における申請者の平均的な診療実績を意味する。(施設単位の小児患者数・割合ではない。)

上記の通りの診療実績があることを証明します。

施設長

印

\* 施設長とは、歯科大学(学部)附属病院の小児歯科、小児総合医療施設、またはそれに準ずる病院の小児歯科の診療科(室)長、診療主任など小児歯科の診療に関わる責任者を指し、診療所の場合には院長を意味する。施設長は、診療実績とともに申請者の診療内容が更新にふさわしいものであることを証明する。

(注1) 診療実績の証明期間とは、認定医更新申請時までの最近2年間を意味する。

(注2) 施設長が申請する時には施設長の印は不要となる。

(注3) 施設に従事する者が申請する時には、原則として施設長の印を必要とする。

(注4) 認定医更新申請時までの最近2年間で、複数の施設に従事した者が申請する時には、原則として各診療施設の証明書を必要とする。