

受付番号※	—
受付年月日※	

## 認定医申請書

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 ・中部 ・中四国 ・関東 ・近畿 ・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。Word 記載可。  
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. 履歴書(第2号様式)  
2. 診療実績証明書(第3号様式)  
3. 教育研修単位取得証明書(第4号様式 4-1)および学会参加、発表等を証明する資料  
4. 症例報告書(第4号様式 4-2)  
5. 診療実績・設備内容証明書(第11号様式)  
6. 歯科医師免許証(コピー)  
7. 認定医申請料(1万円)の振込みの受領証コピー(振込先は下記)

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。

第2号様式

<h1 style="margin: 0;">履 歴 書</h1>			写真添付 30 x 40
ふりがな 氏 名		生年月日:        年   月   日 (   歳)	性別:        男        ・        女
現住所	〒		
学 歴 お よ び 研 究 歴 (大学入学以降)			
年	月	日	
年	月	日	
職 歴			
年	月	日	
年	月	日	
学 会 お よ び 社 会 に お け る 活 動			
年	月	日	
年	月	日	

- \* 小児歯科研修歴がわかるよう、大学院生、研究生時の所属講座名等も記入して下さい。
- \* 勤務先が専門医研修施設の場合は研修施設登録番号を記入して下さい。

上記の通り相違ありません。

令和      年      月      日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

診療実績証明書 [認定医申請用]

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 = _____ % ) * 一月あたりの小児患者人数(アポイント数)は40人以上であること。 * 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。)

\_\_\_\_\_ は、\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで、  
上記の通りの診療実績があることを証明します。

\*1. 施設長 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ を認定医として推薦いたします。

\*2. 専門医指導医 \_\_\_\_\_ 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示し、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。

(注5) 専門医研修施設に従事する者が申請する場合、専門医指導医の印を必要とする。