

## 認定医更新申請書

申請年月日 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

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

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更新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。

### 記

1. 生涯研修実績申告書および生涯研修記録簿(第6号様式、認定医用)
2. 診療実績証明書[認定医更新用](第7号様式)
3. 認定医更新審査料振込み受領証コピー

以上

認定更新審査料は下記口座へ送金し(1万円)、本申請書に振込み受領証のコピーを添付すること

## 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[認定医更新用]

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 = % )

\* 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。