

受付番号※	—
受付年月日※	

専門医認定申請書

令和 年 月 日

公益社団法人日本小児歯科学会
専門医認定委員会 殿

日本小児歯科学会専門医制度規則に基づいて、小児歯科学会専門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。
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。
4) ※の欄は記入しないでください。

- 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. 症例リスト(第 4 号様式 4-2)
5. 歯科医師免許証(コピー)
6. 日本歯科医師会会員証(原則として必要。コピー)
7. 専門医認定申請料(1 万円)の振込みの受領証コピー(振込先は下記)
三菱 UFJ 銀行駒込支店 普通預金 1197434
「公益社団法人 日本小児歯科学会」

履 歴 書				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					
職 歴					
年 月 日					
学 会 お よ び 社 会 に お け る 活 動					
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。
* 勤務先が研修施設の場合は研修施設登録番号を、研修施設以外で専門医指導医のいる施設の場合は指導医名、研修施設以外で専門医のいる施設の場合は専門医名を記入して下さい

上記の通り相違ありません。
令和 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

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. 小児患者の受診状況

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 $\times 100 = 50\%$)(人 / 人 $\times 100 =$ %)

(2) 一月あたりの全患者に占める小児患者の割合

(人 / 人 $\times 100 =$ %)

* 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。

* 小児患者の受診状況とは、最近2年間における平均的な診療実績を意味する。

_____ 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

_____ 先生を専門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
小児歯科の診療科長、診療科主任ならびに診療所の院長を意味する。

(注1) 診療実績の証明期間とは、専門医申請時までの最近の2年間を意味する。

(注2) 施設長が申請する時には *1 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、施設長が専門医指導医あるいは専門医の場合には *1 の
印を、専門医指導医あるいは専門医でない場合には、*2 の印を必要とする。