

第20号様式

# 小児歯科専門医 研修施設指定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

公益社団法人日本小児歯科学会専門医認定委員会 殿

診療施設名 \_\_\_\_\_

施設長 \_\_\_\_\_ 印

日本小児歯科学会専門医制度規則に基づいて、研修施設の指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。

## 記

1. 診療実績・設備内容証明書(第21号様式)
2. 専門医指導医勤務に関する機関長の証明書(第22号様式)

以上

\* 診療施設名には、〇〇大学病院小児歯科、〇〇小児歯科医院などが相当する。

\* 施設長には、診療科長あるいは院長が相当する。

## 診療実績・設備内容証明書

公益社団法人日本小児歯科学会専門医認定委員会 殿

### 診療施設名

#### 診療施設の診療実績

(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 =        % )

- \* 申請施設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年間に於ける平均的な診療実績を意味する。

#### 診療施設の設備内容

小児歯科専門医を養成するための研修実施に必要な設備や機能として、エックス線写真分析(頭部エックス線規格写真やパノラマエックス線写真)や模型分析を行うことができ、教育研修ガイドラインに則した診療ができる設備を配備し、さらに小児歯科関連の図書文献を備え、文献検索ができるなど、専門的な臨床研修が十分に行える。

(現有する器具、機能等にレ印を入れてください。その他特記すべきものは( )に記入すること。)

- ミニタービン     小児用トレイ     レストレイナー     小児用チェア     ラバーダム
- 小児用クランプ     既製乳歯冠     シーラント     乳前歯修復用レジンキャップ
- 模型計測         側方歯群歯列予測     セファロ分析     齲蝕リスク検査
- (                    )     (                    )     (                    )

上記のと通りの診療実績および設備内容であることを証明いたします。

令和    年    月    日

施設長 \_\_\_\_\_ 印

- \* 診療施設名には、〇〇大学病院小児歯科、〇〇小児歯科医院などが相当する。
- \* 施設長には、診療科長あるいは院長が相当する。

## 小児歯科専門医指導医勤務に関する機関長の証明書

公益社団法人日本小児歯科学会専門医認定委員会 殿

下記に示すとおり、本医療機関に小児歯科専門医指導医が常時勤務していることを証明いたします。

専門医指導医名 (専門医指導医登録番号)	診療施設名	常時勤務の経歴 (専門医指導医取得後の勤務期間)
(第 号)		年 月 ~ 現在
(第 号)		年 月 ~ 現在
(第 号)		年 月 ~ 現在
(第 号)		年 月 ~ 現在

令和 年 月 日

診療機関名 \_\_\_\_\_

機関長 \_\_\_\_\_ 印

診療施設名には、〇〇大学病院小児歯科、〇〇小児歯科医院などが相当する。

診療機関名には、〇〇大学病院、〇〇小児歯科医院などが相当する。

機関長には、病院長、診療所長などが相当する。