

申請用

公益社団法人日本小児歯科学会専門医制度

教育研修単位取得証明書

教育研修記録簿

症例リスト

申請者氏名	
学会会員番号	第 号

教育研修単位取得証明書

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

専門医指導医 _____ 印

申請者 _____ は下記の通り小児歯科学の教育
研修を行い小児歯科専門医の取得申請に必要な教育研修単位を合計150単位
以上取得したことを証明する。

詳細については本記録簿に記載のとおりである。

教育研修単位項目	(最低必要単位数)	単位
1. 臨床研修(大学研修施設での研修単位を40単位以上含む)	(60)	
2. 学術研修	(50)	
3. 業績	(10)	
4. 社会貢献		
合計単位	(150)	

1. 臨床研修

(専門医制度規則並びに施行細則、附表1を参照)

研修期間 (年月日～年月日)	研修施設・施設名	勤務形態 (週何日)	専門医指導医名 もしくは専門医名 (登録番号 第	・印 ・印 号)	単位
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第	印 号)	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第	印 号)	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第	印 号)	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第	印 号)	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第	印 号)	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第	印 号)	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第	印 号)	

専門医指導医チェック欄 (下記の確認事項を確認しましたら□にチェックを入れてください)

- 研修施設で教育研修カリキュラムに従い最低必要単位数を 60 単位以上修得するが、大学研修施設での研修単位数を 40 単位以上含む必要がある。ただし、原則として卒直後 1 年間の歯科医師臨床研修期間(平成 18 年度以降の研修医が対象)は除く(細則 5 条)。

* 施設における教育研修単位数は1年を単位とする。1 年未満の教育研修は、研修を行った月数を 12 で除した値に所定単位数を乗じて算定する。曜日単位の教育研修は、研修を行った曜日数を 5 で除した値に所定単位数を乗じて算定する。(附表1参照、例:歯科大学付属病院の小児歯科において、毎週 2 日の研修を 8 か月間行った場合の単位は $20 \times 8 / 12 \times 2 / 5 = 5.3$ 単位となる。)

2. 学術研修:小児歯科関連の学会大会および研修会参加

(専門医制度規則並びに施行細則、附表1を参照)

(本学会入会以降に参加した研修会・学会発表を以下に記載する。)

	学会大会および研修会名, 開催期日, 場所	単位
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

※参加証明の添付が必要です。ただし、会員証(IDカード)で登録を行った研修会については、参加証明を免除します。本会主催であってもWEB開催等で会員証の登録を行っていない研修会は、参加証明が必要です。

	学会大会および研修会名, 開催期日, 場所	単位
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

※参加証明の添付が必要です。ただし、会員証(IDカード)で登録を行った研修会については、参加証明を免除します。本会主催であってもWEB開催等で会員証の登録を行っていない研修会は、参加証明が必要です。

	学会大会および研修会名, 開催期日, 場所	単位
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

※参加証明の添付が必要です。ただし、会員証(IDカード)で登録を行った研修会については、参加証明を免除します。本会主催であってもWEB開催等で会員証の登録を行っていない研修会は、参加証明が必要です。

3. 業績:小児歯科学分野の学会・研修会および学術雑誌等への発表

(専門医制度規則並びに施行細則、附表1を参照) (学会入会以降に発表した業績を以下に記載する。)

	発表者・著者名 (共同発表者・著者を記載順に全員を記す。)	大会・研修会:大会または研修会名, 開催期日, 場所, 発表タイトル 論文:表題, 雑誌名, 巻(号), 頁~頁, 年 著書:表題, 書名, 編集者, 出版社, 頁~頁, 年	単位
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※発表証明の添付が必要です。大会・研修会の発表(共同発表者は単位対象外)は抄録のコピー、論文発表は論文(全文)のコピーを添付してください。なお、小児歯科学雑誌あるいは PEDIATRIC DEANTAL JOURNAL については、論文の 1 ページ目(論文タイトル・著者名が掲載されていること)のみで結構です。

	発表者・著者名 (共同発表者・著者を記載順に全員を記す。)	大会・研修会:大会または研修会名, 開催期日, 場所, 発表タイトル 論文:表題, 雑誌名, 巻(号), 頁～頁, 年 著書:表題, 書名, 編集者, 出版社, 頁～頁, 年	単位
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

※発表証明の添付が必要です。大会・研修会の発表(共同発表者は単位対象外)は抄録のコピー、論文発表は論文(全文)のコピーを添付してください。なお、小児歯科学雑誌あるいは PEDIATRIC DEANTAL JOURNAL については、論文の 1 ページ目(論文タイトル・著者名が掲載されていること)のみで結構です。

4. 社会貢献 ※単位は記入しないこと
 (専門医制度規則並びに施行細則、附表1を参照)

	学会講演、地域の保健活動、専門学校の講義、学会活動などの区別	活動内容(講演テーマ, 主催, 貢献内容など) 期日(期間), 場所, その他	単位
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※資料があれば添付する。単位は、専門医認定委員会で決定するので、記入しなくてよい。

	学会講演、地域の保健活動、専門学校の講義、学会活動などの区別	活動内容(講演テーマ, 主催, 貢献内容など) 期日(期間), 場所, その他	単位
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

* 資料があれば添付する。単位は、専門医認定委員会で決定するので、記入しなくてよい。

※一般社団法人日本歯科専門医機構認定共通研修の参加

	主催団体, 研修項目(領域), 開催期日, 場所
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

※申請条件の 150 単位とは別に日本歯科専門医機構が定める条件をクリアすること。参加証明(共通研修修了証)の添付が必要です。日本小児歯科学会が主催した大会あるいはセミナーが共通研修として開催された場合は、大会あるいはセミナーと共通研修の両方の単位を取得できます。なお、大会の参加章は共通研修の参加証明にはなりません。

	主催団体, 研修項目(領域), 開催期日, 場所
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

※申請条件の 150 単位とは別に日本歯科専門医機構が定める条件をクリアすること。参加証明(共通研修修了証)の添付が必要です。日本小児歯科学会が主催した大会あるいはセミナーが共通研修として開催された場合は、大会あるいはセミナーと共通研修の両方の単位を取得できます。なお、大会の参加章は共通研修の参加証明にはなりません。

症例リスト (2)

申請者 _____ 印

3	患児名イニシアル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢期間)	特記事項 (全身疾患, 発達障害など)
	治療内容の概要				
4	患児名イニシアル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢)	特記事項 (全身疾患, 発達障害など)
	治療内容の概要				
5	患児名イニシアル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢)	特記事項 (全身疾患, 発達障害など)
	治療内容の概要				

症例リスト (3)

申請者 _____ 印

6	患児名イニシアル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢期間)	特記事項 (全身疾患, 発達障害など)
	治療内容の概要				
7	患児名イニシアル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢)	特記事項 (全身疾患, 発達障害など)
	治療内容の概要				
8	患児名イニシアル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢)	特記事項 (全身疾患, 発達障害など)
	治療内容の概要				

症例リスト (4)

申請者 _____ 印

9	患儿名イニシアル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患儿の年齢期間)	特記事項 (全身疾患, 発達障害など)
	治療内容の概要				
10	患儿名イニシアル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患儿の年齢)	特記事項 (全身疾患, 発達障害など)
	治療内容の概要				

上記に間違いがないことを証明する。

医療機関・施設名 _____ 施設長 _____ 印

医療機関・施設名 _____ 施設長 _____ 印

医療機関・施設名 _____ 施設長 _____ 印

(複数の医療機関の場合はそれぞれの施設長の署名が必要。本人が施設長の場合は自署とする)