

(DH-1)

受付番号
受付年月日 年 月 日

一般社団法人日本先進インプラント医療学会 認定専門歯科衛生士申請書

一般社団法人日本先進インプラント医療学会理事長 殿

年 月 日

ふりがな
氏名 印

住所 〒

電話番号
ファックス番号

推薦専門医氏名 印

推薦専門医氏名 印

一般社団法人日本先進インプラント医療学会認定専門歯科衛生士制度による資格を取得致したく、必要書類を添えて申請致します。

必要書類

- (1) 一般社団法人日本先進インプラント医療学会認定専門歯科衛生士認定申請書 (DH-1)
- (2) 試験審査料納入済領収書 (写) (DH-1裏面に貼り付け)
- (3) 履歴書 (DH-2)
- (4) 日本国歯科衛生士免許証 (写)
- (5) 学術大会参加記録 (DH-3)
- (7) インプラント専門歯科衛生士教育講座受講記録 (DH-4)
- (8) 在職機関所属長の在籍証明書 (DH-5)
- (9) 症例報告書 (2 例) (DH-6,7)

(DH-2)

履 歴 書

顔写真
(カラー)
2.5×3 cm

| | | | | | | |
|------------|--|-------------|----------|---|---|----|
| ふりがな 氏名 | | 男 ・ 女 | 生年 月日 | 年 | 月 | 日生 |
| | | | | | | |

| | |
|----|--|
| 本籍 | |
|----|--|

| | |
|-------------|---|
| ふりがな 現住所 | 〒 |
|-------------|---|

学 歴

| 年 | 月 | |
|---|---|--|
| | | |

職 歴

| 年 | 月 | |
|---|---|--|
| | | |

学会及び社会における活動

| 年 | 月 | |
|---|---|--|
| | | |

賞 罰

| 年 | 月 | |
|---|---|--|
| | | |

上記の通り相違ありません。

年 月 日

氏名

印

(DH-5)

在職機関所属長の在籍証明書

一般社団法人日本先進インプラント医療学会理事長 殿

年 月 日

在職機関名

所在地

所属長名

印

殿は、本医療機関に在籍していることを証明いたします。

在籍期間

年 月 ~ 年 月

(DH-6)

症例報告書 1

| 患者名 | | | 年 月生 | 男・女 | 才 |
|---|----|-------|------|----------|--------------------|
| インプラント埋入部位 | | | | 欠損 形態 | 中間歯・遊離端 無歯顎・その他 |
| 初診 | 西暦 | 年 月 日 | | 介助の有無 | 有・無 |
| インプラント埋入手術 | 西暦 | 年 月 日 | | 介助の有無 | 有・無 |
| 最終補綴 | 西暦 | 年 月 日 | | 介助の有無 | 有・無 |
| メンテナンス移行日 | 西暦 | 年 月 日 | | 担当の有無 | 有・無 |
| 最終メンテナンス | 西暦 | 年 月 日 | | 担当の有無 | 有・無 |
| 主 訴 | | | | | |
| 症例の概要 | | | | | |
| 治療に携わった 内容 検査 指導 介助 メンテナンス 口腔内管理 等について | | | | | |
| 考 察 | | | | | |

フォントはMS明朝，11ポイントでパソコン入力して下さい．1,000字以内に収めて下さい．
性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい．

(DH-7)

症例報告書 2

| | | | | |
|---|----|-------|----------|--------------------|
| 患者名 | | 年 月生 | 男・女 | 才 |
| インプラント埋入部位 | | | 欠損 形態 | 中間歯・遊離端 無歯顎・その他 |
| 初診 | 西暦 | 年 月 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| インプラント埋入手術 | 西暦 | 年 月 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| 最終補綴 | 西暦 | 年 月 日 | 介助の有無 | 有・無 |
| メンテナンス移行日 | 西暦 | 年 月 日 | 担当の有無 | 有・無 |
| 最終メンテナンス | 西暦 | 年 月 日 | 担当の有無 | 有・無 |
| 主 訴 | | | | |
| 症例の概要 | | | | |
| 治療に携わった 内容 検査 指導 介助 メンテナンス 口腔内管理 等について | | | | |
| 考 察 | | | | |

フォントはMS明朝，11ポイントでパソコン入力して下さい．1,000字以内に収めて下さい．
性別・欠損形態・介助担当の有無の選択箇所は下線を引いて下さい．

症例報告用資料（写真）の作成方法

1. インプラント治療を施行した部位がわかる術前の口腔内カラー写真。
2. 術前のパノラマエックス線写真（両側顎関節までの画像）白黒写真でも良いが、コントラストの良いもの。
3. インプラント治療を施行した部位の術後メンテナンス時の口腔内カラー写真。
4. 術後メンテナンス時のパノラマエックス線写真（両側顎関節までの画像）白黒写真でも良いが、コントラストの良いもの。

以上の4つの写真をL版サイズ（89mm×127mm）にプリントアウトし、ポケットタイプのアルバムに症例別に入れ、各写真には撮影年月日（西暦）をつける。

1 症例につき症例報告書と症例写真1冊を用意すること。

症例報告書2枚、症例写真4枚×2冊を1セット用意すること。