

* 受付番号	第		号
* 受付年月日	西暦	年	月 日

一般社団法人  
日本顎顔面補綴学会認定医申請書

西暦 年 月 日

一般社団法人  
日本顎顔面補綴学会理事長 殿

(フリガナ)

氏 名

印

会員 No.

一般社団法人日本顎顔面補綴学会認定医制度にかかわる  
認定医の認定を受けたく、必要書類および認定申請料を  
添えて申請します。

※認定医認定申請料(1万円)の郵便振替払込み受領証  
のコピーをこの枠内に貼付ください。

\*の欄は記入しないで下さい。

## 履 歴 書

西暦 年 月 日現在

フリガナ			
氏名			印
生年月日 年齢 性別	西暦	年 月 日 ( 歳)	男 ・ 女
自宅住所	〒	TEL	— —
医療機関名			
同上所在地	〒	TEL	— —
学歴及び職歴			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
歯科医師免許 (医師免許)	第	号 ・西暦	年 月 日 取得

(注) 学歴は大学卒業以降を記入すること

# 一般社団法人日本顎顔面補綴学会会員歴証明書

殿

貴殿は下記期間、

一般社団法人日本顎顔面補綴学会会員であることを証明いたします。

会 員 No.

西 暦            年            月            日

会 員 歴

から現在まで通算            年            カ月間。

一般社団法人日本顎顔面補綴学会

印



[ 様式 5 ]

## 日本顎顔面補綴学会に関する発表記録

氏名

印

### 論文発表

論 文 名	著者名(発表順)	刊 行 物 名	巻、頁、年

記載した論文の別刷りを添付して下さい。

### 学会発表

演 題 名	発表者名(発表順)	学 会 名	年、月、日

記載した学会のプログラムと抄録部分のコピーを添付してください。

一般社団法人日本顎顔面補綴学会認定医申請用  
ケースプレゼンテーション申請書

西暦 年 月 日

認定審議会委員長 殿

大 会 長 殿

認定医資格申請にかかわるケースプレゼンテーションを申し込みます。

フリガナ

氏名

印

発表者所属

連絡先：	Tel—	—	Fax	—	—
「略歴」					
生年月日	西暦	年	月	日	生
卒業校	西暦	年	月		大学、歯学部(医学部)
現職	西暦	年	月		
会員歴		年	月	～	年 月
発表予定日	西暦	年	月	日	
場 所	第	回	年度		学術大会
演 題 名	1. 2.				

以下学会使用欄

資格認定印	発表許可印 (大会長)	発表証明印 (審査員)	認 定 印 (認定審議会委員長)
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		:	

顎顔面補綴学に関連する領域の疾患の診断及び治療記録(1症例目)

申請者名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

演題名			
患者(イニシャル)		性別	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	初診	年 月 日
診断名		経過観察期間	年
治療内容			
経過			
考察			
			年 月 日

## 顎顔面補綴学に関連する領域の疾患の診断及び治療記録(2 症例目)

申請者名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

演題名			
患者(イニシャル)		性別	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	初診	年 月 日
診断名		経過観察期間	年
治療内容			
経過			
考察			
			年 月 日

* 受付番号	第	号
* 受付年月日	西暦	年 月 日

一般社団法人

## 日本顎顔面補綴学会認定医登録申請書

西暦 年 月 日

一般社団法人

日本顎顔面補綴学会理事長 殿

* 認定医登録番号	第	号	住 所 〒
* 認定医登録番号	年	月	日 (フリガナ)
* 認定医登録番号	第	号	氏 名 印

一般社団法人日本顎顔面補綴学会認定医制度にかかわる認定医の認定を受けましたので、登録料を添えて認定医の登録申請を致します。

※ 認定医登録料(2万円)の郵便振替払込み受領証のコピーをこの枠内に貼付ください。

\*の欄は記入しないで下さい。