

* 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言語聴覚士申請書

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言語聴覚士制度にかかわる
認定言語聴覚士の認定を受けたく、必要書類および認定申請料を
添えて申請します。

※認定言語聴覚士認定申請料(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 ー ー		
医療機関名			
同上所在地	〒 TEL ー ー		
学歴及び職歴			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
言語聴覚士免証	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

一般社団法人日本顎顔面補綴学会学術大会出席記録

氏 名

印

学会出席

学術大会		単位数	* 確認印
第	回一般社団法人日本顎顔面補綴学会学術大会		
第	回一般社団法人日本顎顔面補綴学会学術大会		
第	回一般社団法人日本顎顔面補綴学会学術大会		
第	回一般社団法人日本顎顔面補綴学会学術大会		
第	回一般社団法人日本顎顔面補綴学会学術大会		
第	回一般社団法人日本顎顔面補綴学会学術大会		
第	回一般社団法人日本顎顔面補綴学会学術大会		

*の欄は記入しないで下さい。

[様式 5]

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言語聴覚士申請用 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

認定言語聴覚士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

発表者所属

氏名

印

連 絡 先 :	Tel ー ー Fax ー ー
「 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					
初 診 時 年 齢	歳	性 別	男・ 女	初 診 日	年 月
診 断 名				経過観察期間	年
患者本人もしくはご家族からの同意書の取得 ※同意書は申請者が保管し、提出は不要です。					有・ 無
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					
初 診 時 年 齢	歳	性 別	男・女	初 診 日	年 月
診 断 名				経過観察期間	年
患者本人もしくはご家族からの同意書の取得 ※同意書は申請者が保管し、提出は不要です。					有・無
治療内容					
経 過					
考 察					
年 月 日					

症例報告 説明・同意文書（研究代表者・筆頭発表者の所属機関に承諾書がない場合）

患者（代諾者）に対して、この説明・同意文書に基づき以下の事項を説明し、症例報告として学会・論文発表することの是非を判断するために十分な時間を設けました。

説明事項

症例報告の目的

診療から得られた新しい知識を周知させ、今後のより良い診療や医療の発展につなげていくことを目的とします。

公開方法

学会発表の場合、所属学会員と学会参加者に配布される抄録集に病歴や検査所見等が掲載され、発表時には学会参加者に同様の情報が公開されます。

論文の場合は、学会誌に論文を公開します。オンライン上でもアクセス可能となります。

症例報告への協力と取り消しの自由

症例報告の公開の可否は、患者（代諾者）の判断によってなされます。

症例報告に同意しない場合にも、診療において不利益を受けることはありません。

同意した後でも、発表前・論文投稿前であれば、同意を取り消すことが可能ですが、発表後や論文化の後に掲載された内容を消去することは基本的には困難です。

人権擁護と個人情報保護

患者のプライバシーに関する事項（氏名・生年月日、診療年月日、出身地、居住地、家族・家系が特定される情報、個人が特定される写真、その他個人の特定に結びつく情報）は記載しません。以上の配慮にも拘らず、個人が特定される可能性のある場合は、患者あるいは代諾者等から了承を得ます。

同意書の管理

責任者が管理・保管し、個人情報の漏洩・紛失を防止します。

患者・代諾者にこの説明・同意文書と同意書のコピーをお渡しします。

認定医申請症例報告（症例番号_____）の責任者

西暦 年 月 日

説明者署名

※ 症例ごとに印刷し、記載したものを保管してください（個人情報保護のため提出は必要ありません）。

同意書

本同意書は、(一社) 日本顎顔面補綴学会 認定医申請症例報告(症例番号____)に関するものです。

(所属機関責任者名) 院長

症例報告として学会・論文発表することについて、上記説明者より説明・同意文書に基づく説明を受け、その内容を十分に理解し、責任者が学会・論文発表することに同意します。

西暦 年 月 日

本人署名 または

代諾者署名 続柄 ()

西暦 年 月 日

説明者署名

同意撤回書

本同意撤回書は、(一社) 日本顎顔面補綴学会 認定医申請症例報告(症例番号____)に関するものです。

(所属機関責任者名) 院長

症例報告として学会・論文発表することについて、上記説明者より説明・同意文書に基づく説明を受け、その内容を十分に理解し、責任者が学会・論文発表することに同意しましたが、その同意を撤回します。なお、私に関する症例報告として作成した資料などは速やかに廃棄してください。

西暦 年 月 日

本人署名 または

代諾者署名 続柄 ()

※ 症例ごとに印刷し、記載したものを保管してください(個人情報保護のため提出は必要ありません)。

* 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言語聴覚士登録申請書

西暦 年 月 日

一般社団法人
日本顎顔面補綴学会理事長 殿

* 認定言語聴覚士 登録番号	第 号
* 認定言語聴覚士 登録番号	年 月 日
* 認定言語聴覚士 登録番号	第 号

住 所 〒

(フリガナ)

氏 名

印

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

※ 認定言語聴覚士登録料(1万2千円)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。