

専門医資格更新申請書

年 月 日

一般社団法人日本先進インプラント医療学会
指導医・専門医認定委員会 殿

現在の所属	
申請者氏名(自署)	
専門医番号	第 号
会員番号	第 号
認定書	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 亡失

(社)日本先進インプラント医療学会専門医制度規則に基づき、下記の関係書類及び更新審査料を添えて専門医資格更新を致しますので審査をお願いいたします。

記

1. 専門医資格更新申請書 (R専-1)
2. 履歴書 (R専-2)
3. 学会・研修実績報告書 実績-1 学会参加 (R専-3-1)
4. 実績-2 学会発表 (R専-3-2)
5. 実績-3 論文発表 (R専-3-3)
6. 実績-4 教育研修会受講 (R専-3-4)
7. 学会参加証等 本書 (R専-4)
8. 専門医認定書 本書
9. 歯科医師または医師免許証(写) (A4版に縮小コピーのこと)
10. 資格更新審査料 払込受領証貼付用紙(写) (R専-5)

以上

連絡先	E-mail アドレス	
	勤務先	所在地 〒
		名称 TEL
	自宅	〒 TEL

履 歴 書

R 専 - 2

(ふりがな)		性別		(西暦)	
氏名		男			
(ローマ字)		女			
年 月 日生 (歳)					
現住所					
年(西暦)	月	日	資格等の事項		
自(西暦)		至(西暦)		職歴・研修歴等の事項 (専門医取得以降あるいは前回更新以降の期間について記入。現勤務先と同じ場合は記入不要)	
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
					常勤・非常勤
上記のとおり相違ありません			氏名		印
年 月 日			(自署)		

学会・研修実績報告書

実績-1 学会参加

	学会名、開催地、開催年月日	単位数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
	学会参加単位 小計	
	学会・研修単位合計 (R専-3-1~3-4)	

* 書ききれない場合は本紙をコピーして記入してください。

実績一2 学会発表

	学会名、演題番号、演題名、演者名、発表年月	単位数	備考
1			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
2			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
3			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
4			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
5			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
6			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
7			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
8			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
9			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
10			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
11			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
12			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
13			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
学会発表単位 小計			

*書ききれない場合は本紙をコピーして記入してください。

会員番号

申請者氏名

実績一3 論文発表

	著作名: 標題、掲載雑誌名 巻; 掲載頁(最初の頁—最後の項)、発行年	単位数	備考
1			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
2			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
3			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
4			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
5			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
6			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
7			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
8			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
9			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
10			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
11			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
12			<input type="checkbox"/> 筆頭演者 <input type="checkbox"/> 共同演者
論文発表単位 小計			

* 書ききれない場合は本紙をコピーして記入してください。

会員番号

申請者氏名

実績-4 教育研修会受講

	開催地、開催年月日	単位数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
教育研修会受講 単位 小計		

* 書ききれない場合は本紙をコピーして記入してください。

学会参加証貼付用紙

* 学会参加証は、氏名と学会名が確認できるように切り離さず貼ってください。

* 用紙不足の場合は、この用紙をコピーしてください。 (枚のうち 枚)

会員番号

申請者氏名

資格更新審査料払込受領証貼付用紙

【審査料振込先】

銀行・支店名 みずほ銀行兜町支店(店番027)

口座番号 普通預金 2134502

口座名義 一般社団法人 日本先進インプラント医療学会

(イッパンシャダンホウジン ニホンセンシンインプラントイリョウガッカイ)

通信欄に「専門医更新審査料」と必ず記入してください
お振込人名の前に必ずAIM会員番号をご記入ください
(AIM会員番号は、更新申請のお知らせの封筒の宛先欄に記載されています)

一般の金融機関からのお振込

申請者品人本人名義で上記口座にお振込ください。
お振込後、「振込払込申請書兼受領書」をA4版用紙にコピーしてこちらに貼付してください。

インターネットバンキングからのお振込

インターネットバンキングによるお支払いをご希望の場合は、事前に各行への口座開設が必要となります。
各行より上記口座にお振込いただいた後、下記をご記入ください

(フリガナ)

お振込人名義:

振込日: 年 月 日