様式1-2

歯周インプラント認定医認定申請書

申請年月日　　　　　年　　月　　日

日本臨床歯周病学会インプラント認定医委員会　御中

ふりがな

申請者氏名

日本臨床歯周病学会歯周インプラント認定医制度規則に基づき、歯周インプラント認定医の認定を受けたく、下記の関係書類を提出致しますので審査願います。

1．日本臨床歯周病学会認定医認定証（写し）

2．日本臨床歯周病学会歯周インプラント認定医資格審査表（様式2-2）

3. 履歴書（様式3）

4．歯科医師免許証の写し

5．歯周インプラント指導医の推薦書　（様式4-2）

6．歯周インプラント指導医の検印を受けた治療に関する資料

①歯周インプラント認定医申請患者一覧表：5症例（様式5-2）

②メインテナンスまでの治療を行った5名の患者に関する資料（様式6-2）

7．5症例の口腔内写真とＸ線写真のアルバム

8．5症例の歯周組織検査表（様式７）

9．郵便振替払込金受領証のコピー

（注）　６、７、８に関しては、「別添資料」を参照して記入して下さい。

特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会

｢禁煙宣言｣に対する同意書

年月日　　 　　年　　 月　　 日

氏名（自署）　　　　　　　　　　　

私は、特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会が定めた「禁煙宣言」に同意し、禁煙推進活動に積極的に協力いたします。