

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）

印

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。