

歯周インプラント指導医申請書

日本臨床歯周病学会歯周インプラント認定医委員会 殿

ふりがな
氏 名

生年月日 昭和 年 月 日生

所属名

所在地

JACP 歯周病認定医 平成 年 月 日 取得, 登録番号 第 号

JACP 歯周病指導医 平成 年 月 日 取得, 登録番号 第 号

日本臨床歯周病学会歯周インプラント認定医および歯周インプラント指導医に関する
暫定施行細則に基づいて歯周インプラント指導医の指定を受けたく, 下記の申請書類を
提出し審査を申請いたします。

記

1. 日本臨床歯周病学会指導医認定証 (写し)
2. 業績目録 (様式 3-1, 3-2, 3-3)
3. 歯周インプラント指導医推薦書 (様式 4-3)
4. 日本臨床歯周病学会認定医制度生涯研修記録簿
5. 症例報告 (5 症例) (様式 5-3, 様式 6-3, 様式 7)
6. 5 症例の口腔内写真と X 線写真のアルバム
7. 履歴書 (様式 8)
8. 郵便振替払込金受領証のコピー

(注) 5, 6 に関しては、「別添資料」を参照して記入してください。

平成 年 月 日

申請者

(印)

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。

特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会 「認定審議委員会業務」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歯周インプラント指導医
制度施行細則第2条7項に定めた「認定審議委員会業務への協力」に同意
し、業務に積極的に協力いたします。