

矯正歯科専門医新規申請 書類送付についての注意事項

書類の送付についてまとめさせていただきました。
送付前にご一読していただきましたら幸いです。
宜しくお願い申し上げます。

日本矯正歯科専門医機関

封入資料A(申請書類)

様式 1b 一般審査用

※受付番号	第	号
※受付年月日	西暦	年 月 日

※の欄は記入しないでください。
西暦 年 月 日

日本矯正歯科専門医機関 殿

矯正歯科専門医新規審査申請書

(フリガナ)

氏 名 _____ 印

矯正歯科専門医制度にかかわる専門医の認定を受けたく、以下の必要書類および手数料を添えて申請します。

必要書類：確認のしるしとして提出書類の左口内に☑を記入してください。

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 専門医新規申請書(様式1) | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 2. 履歴書(様式2) | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 3. 会員在籍証明書(会員証のコピー可) | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 4. 所属団体専門医認定証の写し | コピー3部 |
| <input type="checkbox"/> 5. 矯正歯科研修修了証明書(様式3,4) | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 6. 業績目録(様式5)および論文別刷 | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 7. 倫理規程誓約書(様式6) | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 8. 自己治療症例誓約書(様式7) | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 9. 患者同意書、所属団体の証明書あるいは誓約書
(※患者毎に様式8-a, b, c いずれかを記載する) | コピー3部 |
| <input type="checkbox"/> 10. 歯科矯正診断料の受理通知書の写し(注:参照) | コピー3部 |
| <input type="checkbox"/> 11. 顎口腔機能診断料の受理通知書の写し(注:参照) | コピー3部 |
| <input type="checkbox"/> 12. 指定自立支援医療機関指定通知書の写し(注:参照) | コピー3部 |
| <input type="checkbox"/> 13. 申請料の銀行払込金受領書の写し | コピー3部 |
| <input type="checkbox"/> 14. ホームページ倫理審査 回答用紙(様式25) | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 15. 宛名シール | 1部 |
| <input type="checkbox"/> 16. 課題症例の概要(様式10) | 原本1部+コピー2部 |
| <input type="checkbox"/> 17. 一次審査用資料 症例記録簿(ファイルのコピー・内容は原本と同等のもの) 3部 | |

(注) 10, 11, 12 については届出施設に指定されている場合に提出すること

上記1~17をまとめ、3冊に分けて提出すること

所属団体 (いずれかに○)	日本矯正歯科学会 日本成人矯正歯科学会 日本矯正歯科協会	会員番号
------------------	------------------------------------	------

①矯正歯科専門医申請書(様式1)

②履歴書(様式2)

③会員在籍証明書

④所属団体専門医認定証の写し

⑤矯正歯科研修修了証明書
(様式3もしくは様式4)

⑥業績目録(様式5)および別刷

⑦倫理規程誓約書(様式6)

⑧自己症例誓約書(様式7)

⑨患者同意書等(様式8-a, b, c)

⑩歯科矯正診断料の受理通知書の写し

⑪顎口腔機能診断料の受理通知書の写し

⑫指定自立支援医療機関指定通知書
の写し

⑬申請料の銀行払込金受領書のコピー

※⑩～⑫については、届出施設に指定されている場合に提出

①～⑬を順番にて並べ、左上をホチキス等で留めてください。
これを1セットとし、3セット作成してください。

封入資料A(①矯正歯科専門医申請書 様式1)

様式 1b 一般審査用

※受付番号	第	号
※受付年月日	西暦	年 月 日

※の欄は記入しないでください。

西暦 年 月 日

日本矯正歯科専門医機関 殿

矯正歯科専門医新規審査申請書

(フリガナ)
氏名 _____ 印

矯正歯科専門医制度にかかわる専門医の認定を受けたく、以下の必要書類および手数料を添えて申請します。

必要書類：確認のしるしとして提出書類の左口内に☑を記入してください。

- 1. 専門医新規申請書 (様式 1) 原本 1 部 + コピー 2 部
- 2. 履歴書 (様式 2) 原本 1 部 + コピー 2 部
- 3. 会員在籍証明書 (会員証のコピー可) 原本 1 部 + コピー 2 部
- 4. 所属団体専門医認定証の写し コピー 3 部
- 5. 矯正歯科研修修了証明書 (様式 3, 4) 原本 1 部 + コピー 2 部
- 6. 業績目録 (様式 5) および論文別刷 原本 1 部 + コピー 2 部
- 7. 倫理規程誓約書 (様式 6) 原本 1 部 + コピー 2 部
- 8. 自己治療症例誓約書 (様式 7) 原本 1 部 + コピー 2 部
- 9. 患者同意書、所属団体の証明書あるいは誓約書
(※患者毎に様式 8-a, b, c いずれかを記載する) コピー 3 部
- 10. 歯科矯正診断料の受理通知書の写し (注: 参照) コピー 3 部
- 11. 顎口腔機能診断料の受理通知書の写し (注: 参照) コピー 3 部
- 12. 指定自立支援医療機関指定通知書の写し (注: 参照) コピー 3 部
- 13. 申請料の銀行払込金受領書の写し コピー 3 部
- 14. ホームページ倫理審査 回答用紙 (様式 25) 原本 1 部 + コピー 2 部
- 15. 宛名シール 1 部
- 16. 課題症例の概要 (様式 10) 原本 1 部 + コピー 2 部
- 17. 一次審査用資料 症例記録簿 (ファイルのコピー・内容は原本と同等のもの) 3 部

(注) 10, 11, 12 については届出施設に指定されている場合に提出すること

上記 1~17 をまとめ、3 冊に分けて提出すること

所属団体 (いずれかに○)	日本矯正歯科学会 日本成人矯正歯科学会 日本矯正歯科協会	会員番号	
------------------	------------------------------------	------	--

フリガナと捺印を忘れないでください。

レ点チェックを忘れないでください。

封入資料A(②履歴書 様式2)

様式 2

西暦 年 月 日現在

矯正歯科専門医申請履歴書

フリガナ 氏名			印
生年月日 年齢 性別	西暦 年 月 日 (満 歳)		男・女
自宅住所	〒 _____ E-mail : _____		
所属医療機関名			届出医療機関： 有 ・ 無 歯科矯正診断科受理番号： (矯正)第 _____ 号 顎口腔機能診断科受理番号： (顎診)第 _____ 号
指定自立支援 医療機関番号	届出：有 ・ 無 / 所在地(市町村)： 指定番号：第 _____ 号		所在地(都道府県)：
所属医療機関 所在地 ホームページ URL	〒 _____ TEL : _____ URL : _____		
学歴 および 職歴 常勤・非常勤を 必ず明記する	_____ _____ _____ _____ _____		
歯科医師免許証	第 _____ 号 西暦 年 月 日取得	日本歯科医師会	所属： 有 ・ 無 会員番号： _____
所属団体名	日本矯正歯科学会 番号： _____	会員歴： 西暦 年 月 日～現在(年 か月)	
会員番号	日本成人矯正歯科学会 番号： _____	会員歴： 西暦 年 月 日～現在(年 か月)	
会員歴	日本矯正歯科協会 番号： _____	会員歴： 西暦 年 月 日～現在(年 か月)	
所属団体専門医 登録番号	所属団体名(主たる団体名一つ)： _____ 登録番号： 第 _____ 号 取得年月日：西暦 年 月 日 最新の更新年月日：西暦 年 月 日		

(注) 学歴は大学または専門学校卒業以降を記入すること

封入資料A(③会員在籍証明書)

会員在籍証明書

(申請者名)

殿

貴殿は下記期間、本学会会員であることを証明いたします。

会員 No.

会員歴 年 月 日から現在まで

学会名 _____ 印

- ◆所属団体の会員証がある場合は、以下の枠内に会員証のコピーを貼付してください。コピーを貼付した場合は、上部の会員在籍証明書の記載は必要ありません。

会員証のコピー貼付

会員証のコピー（表面のみ）をココに貼付してください。
もしこのスペースを超える場合は、この用紙にホッチキスで添付してください。

所属団体の会員証をお持ちの方は、
コピーを貼付してください。
会員証をお持ちでない方は、所属団体に
会員在籍証明書を提出し、各団体の
記入捺印がある状態で矯正歯科専門医
の申請をしてください。

封入資料A(⑤矯正歯科研修修了証明書 様式4)

様式 4 団体特別書式

矯正歯科専門医認定審査

矯正歯科研修修了証明書

申請者氏名	矯正 太郎
研修施設名 (複数記載可能)	1. ○○大学○○講座 2. △△クリニック
常勤在籍期間 (施設毎に記載、 合計5年以上)	1. 西暦 1995年4月 ~ 1998年3月 2. 西暦 1998年4月 ~ 2002年3月

上記の期間、常勤で研修を修了したことを証明する。

旧専門医制度取得に伴い、制度規則第6条に定められた、基本および臨床研修修了と同等と認めている事を保障いたします。

申請者が専門医取得後、何かしらの対応が必要となる際には、推薦団体として、責任を持ち対応をする事を此処に誓約致します。

西暦 年 月 日

(旧) 専門医発行団体および代表者名 _____ ㊟

様式4 矯正歯科研修修了証明書の各所属団体への提出方法については、別紙「様式4および様式8-bの提出について」参照

申請者自身で記入してください。

封入資料A(⑥業績目録(様式5)および別刷)

様式 5 矯正歯科専門医認定審査

業 績 (論 文) 目 録

申請者氏名 _____

著 者 名 (全氏名を掲載順に記入)	論 文 題 名	刊 行 物 名	卷、 頁 ～ 年 頁 ～ 年

※ISSN番号をご記入ください

日本矯正歯科専門医機関の認めた刊行物に発表した矯正歯科臨床に関する筆頭者論文を1編記入し、別刷または刊行物のコピー3部を添付してください。基礎的研究論文の場合は矯正歯科臨床との関連性を十分に考察し、自由形式にてレポートを作成して必要数を添付してください。

論文の別刷または刊行物のコピーをつけてください。

刊行物名の後ろにISSN番号を記載してください。

- 機関の認めた刊行物等**
1. 日本矯正歯科学会雑誌
 2. 日本成人矯正歯科学会誌
 3. 日本矯正歯科協会雑誌
 4. 北海道矯正歯科学会、東北矯正歯科学会、東京矯正歯科学会、甲北信越矯正歯科学会、近畿東海矯正歯科学会、中・四国矯正歯科学会、九州矯正歯科学会、および日本臨床矯正歯科医会の定期刊行物
 5. 歯(医)科大学及び大学歯(医)学部歯(医)学会雑誌
 6. 日本歯科医学会誌および分科会の各学会雑誌
 7. 日本口蓋裂学会、日本顎変形症学会、日本顎関節学会等が刊行する歯科矯正臨床と関係の深い学術雑誌
 8. Am J Orthod Dentofacial Orthop、Eur J Orthod、Angle Orthod、J Dent Res、World J Orthod等、外国の矯正学の代表的な歯科学雑誌

封入資料A(⑦倫理規程誓約書 様式6)

様式6

西暦 年 月 日

日本矯正歯科専門医機関 殿

入力もしくは記入
してください。

倫理規程誓約書

私、_____は、日本矯正歯科専門医機関(以下、機関と略記)が認定する日本矯正歯科専門医(以下、専門医と略記)として、社会的使命およびその職責を全うするため下記の項目を遵守することを誓います。

医療法、歯科医師法、薬機法等、医療に係る全ての法令および本機関の定める倫理規程、制度規則を遵守します。(倫理規程第3条1)

倫理規程に逸脱する行為のあった場合には、専門医の資格を喪失することに同意します。(制度規則第15条(7))
特に下記の条項を遵守します。

医療人としての教養を高めるため日々の研鑽に努め、診療においては自己の良心に基づき最善を尽くしてその職責を果たし、常に患者および社会のために奉仕することを誓います。(倫理規程第1条)

他の歯科医師を毀損する行為は厳に慎み、矯正歯科医療が患者ならびに社会から信頼されるよう専門医としての品性の向上に努めることを誓います。(倫理規程第2条)

専門医としての資格を患者獲得を目的とした自己の宣伝に用いず、過度の経歴表示などの行為を厳に慎むことを誓います。(倫理規程第3条2)

専門医に関する広告は関係省庁からの広告ガイドライン、日本矯正歯科学会が定めるホームページガイドライン等を遵守することを誓います。(倫理規程第3条1)

* 上記の項目を確認の上、すべての項目にチェック☑を入れてください。

所属医療機関名: _____

申請者氏名(自署): _____

レ点チェックを
忘れないでく
ださい。

所属医療機関名を忘れずに
記入してください。

自署にて記入してください。

封入資料A(⑧自己症例誓約書 様式7)

様式 7

西暦 年 月 日

日本矯正歯科専門医機関 殿

自己治療誓約書

この度、私は日本矯正歯科専門医機関に対して、専門医認定審査のために提出した全ての症例について、自己治療症例（主たる術者が私本人）であることを誓います。

所属医療機関名

申請者氏名（自署）

**所属医療機関名を忘れずに
記入してください。**

自署にて記入してください。

封入資料A(⑨診療記録写に関する同意書 様式8-a)

様式 8-a

西暦 年 月 日

日本矯正歯科専門医認定機関 殿

診療記録写に関する同意書

私は、日本矯正歯科専門医認定機関に対し、下記歯科医師が行なった診療に関する資料の写を、同認定機関の倫理規程および個人情報保護法の遵守を条件に、同医師が日本矯正歯科専門医認定の申請に提出することに同意いたします。

歯科医師氏名		
診療機関名		
患者様	氏名	
	性別	
	生年月日	
	住所	〒
	電話番号	
患者様と同意者との関係		

同意者氏名 (自署) _____

患者の自署にて記入してください。

封入資料A(㊟同意書提出に関する証明書 様式8-b)

様式 8-b (団体特別書式)

※申請者氏名	
※課題症例番号	
※患者氏名	

※の欄は記入しないでください。

西暦 年 月 日

日本矯正歯科専門医機関 殿

同意書提出に関する証明書(団体用)

日本矯正歯科学会、日本成人矯正歯科学会(いずれかを削除)は、当機関が実施する2020年度矯正歯科専門医新規申請審査において、会員氏名 矯正 太郎 殿が提出した患者氏名 〇〇 〇〇 様(以下必要な患者氏名を併記) 〇〇 〇〇 様、〇〇 〇〇 様、〇〇 〇〇 様、〇〇 〇〇 様 からの同意書を、本学会が行なった専門医認定審査において受理し、審査・合格したことを証明する。

日本矯正歯科学会
日本成人矯正歯科学会
(上記の該当する学会名を記載してください)

理事長または担当委員長名

_____ ㊟

様式8-bは、日本矯正歯科学会および日本成人矯正歯科学会会員のみが使用します。
日本矯正歯科協会会員は、様式8-bは使用しないでください。

様式8-b同意書提出に関する証明書(団体用)の各所属団体への提出方法については、別紙「様式4および様式8-bの提出方法について」参照

会員氏名と患者氏名を記入してください。
患者が複数名の場合は、併記してください。

申請者自身でいずれかの団体名を削除してください。

封入資料A(⑬申請料の銀行払込金受領書のコピー)

受取人	三菱UFJ銀行 駒込支店 預金科目 普通 口座番号0454625 金額50,000円 ニホンキョウセイシカセンモンイキカン 日本矯正歯科専門医機関
依頼人	〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇 様

※個人名にてお振込ください

封入資料B(ホームページ倫理審査回答用紙 様式25)

2019年度 ホームページ倫理審査 回答用紙(要返送)

受付No. _____

※事務局記載

1～4ページをご記入の上、左上をクリップで止め、原本1部とコピー3部の合計4部を専門医申請書と一緒に日本矯正歯科専門医機関までお送り下さい。

また、以下に今回セルフチェックを行ったWebサイト等のURLを記載して下さい。

セルフチェック該当のURL(複数記入可)

()

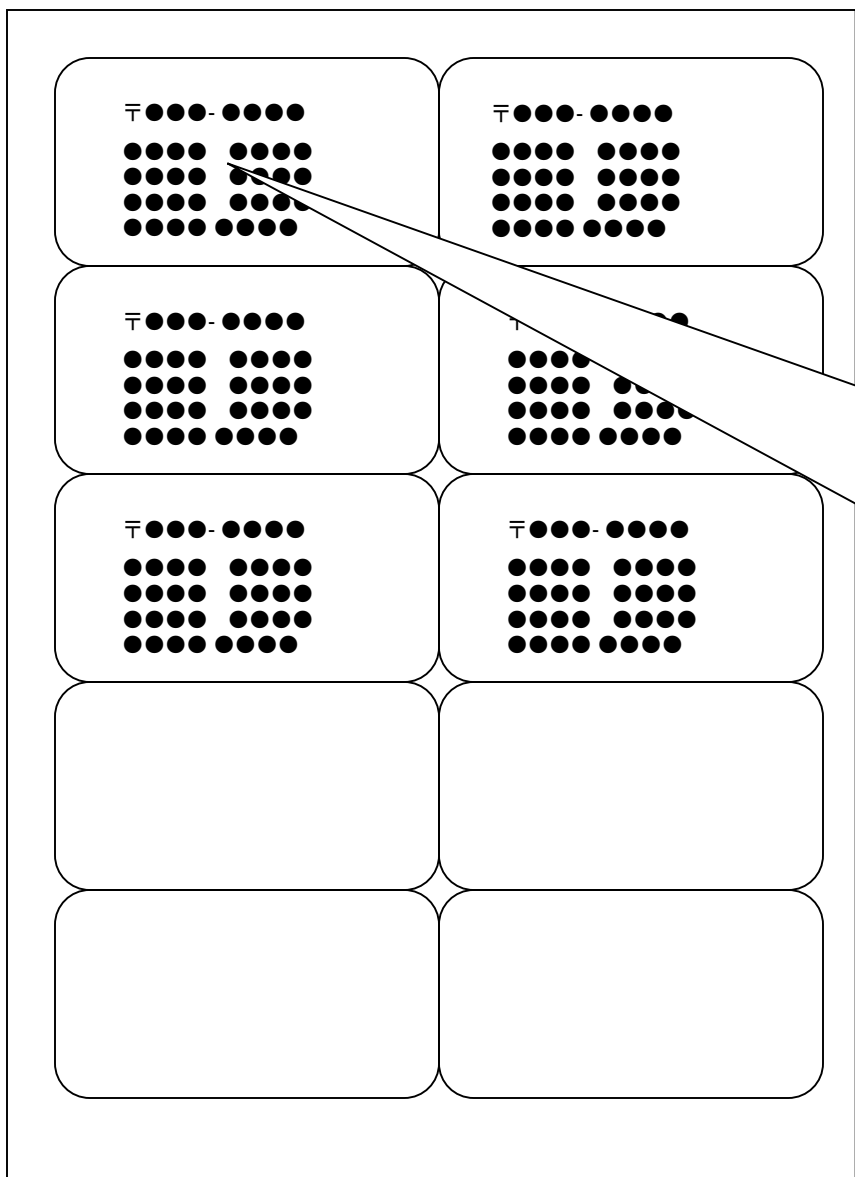
【1次セルフチェック項目】

以下の項目は、あくまでもよく見られる指摘事項であり、すべての事項ではありません。ガイドラインやQ&Aで参考になる部分 (Q&Aは質問番号、ガイドラインはガと表記) を示しますので、ご自身で必ずご一読の上、ご確認下さい。

- ① 体験談や口コミ情報等について (Q2-9～11、ガ：P9)
体験談や口コミ等を取捨選択し掲載することは虚偽・誇大広告に当たりますので、掲載できなくなりました。
掲載していない、修正、削除済、 (その他) _____)
- ② 最新、最先端、最良、最高、県内唯一、県内一などの表現について (Q2-1～3、ガ：P6～7)
たとえ事実であったとしても、他の医療機関より優良であることを広告する比較優良広告はできません。
掲載していない、修正、削除済、 (その他) _____)
- ③ 「症例数〇〇例の経験」などといった表現について (Q3-17、ガ：P27)
期間を併記すれば可能ですが、1年ごとに集計したものを複数年にわたって示す必要があります。長期間の件数であって、現在提供されている医療の内容について誤認させる恐れがあるものは、誇大広告に該当する場合がありますので掲載できません。
掲載していない、修正、削除済、 (その他) _____)
- ④ 比較的痛みが少ない、治療期間が短い、〇%は抜歯をしない、不定愁訴が治る等の表現について (ガ：P8) ★
何と比較して痛みが少ない、治療期間が短いか不明であるため、「客観的事実が証明できない事項」として誇大広告に該当する可能性があるため掲載できません。
掲載していない、修正、削除済、 (その他) _____)

回答用紙1ページから4ページまでを
左上をホチキスで留めてください。
これを1セットとし、3セット作成して
ください。

封入資料C(宛名シール)



〒170-0003
〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇〇-〇
〇〇ビル〇階
〇〇歯科
〇〇 〇〇 先生

市販の宛名ラベル6枚以上に
返送先をご記入ください

封入資料D(課題症例の概要 様式10a) 3部

様式 10

矯正歯科専門医認定審査

審査に提出する症例の概要 (一般審査用)

受付No. ※事務局記載

番号	課題症例	患者氏名(かっじやしめい)	性別	使用装置 治療術式	抜歯部位	資料採得日						保定期間			
						第1期 治療開始時	第1期 治療終了時	第2期 治療開始時	第2期 治療終了時	術 後					
1	Class I 抜歯症例		男女			月	年	月	年	月	年	月	年	年	ヶ月
2	Class II division 1 抜歯症例		男女			月	年	月	年	月	年	月	年	年	ヶ月
3	Class III 症例		男女			月	年	月	年	月	年	月	年	年	ヶ月
4	過蓋咬合症例		男女			月	年	月	年	月	年	月	年	年	ヶ月
5	開咬症例		男女			月	年	月	年	月	年	月	年	年	ヶ月
6	早期治療症例		男女			月	年	月	年	月	年	月	年	年	ヶ月
7	顎変形症あるいは その他保険適用症 例		男女			月	年	月	年	月	年	月	年	年	ヶ月
8	自由症例		男女			月	年	月	年	月	年	月	年	年	ヶ月

※提出症例は5症例とし、課題症例1～3は必須症例、残り2症例は4～8のうちから選択し重複はしないこと。

※課題症例3は保険適用の顎変形症例も含む。

※課題症例3で顎変形症例を選択した場合、課題症例7は他の保険適用症例とする。

※顎変形症の症例は、完全な顎離断術を施術しているか、骨延長術を施術していること。

※外科矯正治療症例は、課題症例3と7に限るものとする。

※課題症例4の過蓋咬合は、overbiteが5mm以上のもの。

※課題症例3～8は、抜歯・非抜歯を問わない。

※抜歯症例とは、智歯以外の永久歯(過剰歯を除く)を抜去して治療した症例。

※抜歯部位の欄には日本で一般的に使用されている歯式で記入する。

※自由症例8は、カテゴリーを問わないが術者の技能が十分に示される症例にすること。

※課題症例2は、抜歯スペース、アンカレッジ、上顎前歯軸および咬合高径をコントロールする力量を表現し、さらに咬合高径や下顎下縁平面角のコントロールに留意した力系を使用していることが望ましい。

※唇顎口蓋裂は、両側性または片側性完全唇顎口蓋裂に限る。

封入資料E(一次審査用症例審査資料) 各3セット

矯正歯科専門医認定審査課題症例

受付番号 _____
※事務局記入欄(記入不要)

課題症例番号 1

(症例のタイトル)

Class I malocclusion
(抜歯症例)

症例番号1

- ①表紙
- ②課題症例記録簿
- ③側面頭部X線規格写真分析
- ④顔面写真等...

ホチキスもしくは
クリップ留め

※課題症例記録簿に関しては様式
13、18、19参照

症例番号2

・
・
・

症例番号5

- ①表紙
- ②課題症例記録簿
- ③側面頭部X線規格写真分析
- ④顔面写真等...

ホチキスもしくは
クリップ留め

1症例ごとに①②...の順番で左上をホチキス
もしくはクリップ留めしてください(計5症例)。
最後に、ホチキスもしくはクリップ留めした
資料を症例番号1から5の順にまとめてくだ
さい。
これを1セットとし、3セット作成してください。

封入資料A
封入資料B
3セット

2019年度 ホームページ公開審査 審査依頼書(様式第1号)

受付No. _____
申込日/年 _____

様式 1.9 一般審査用

申込年度	年	月	日
申込日	年	月	日

高 校 _____
〒 _____ 市 _____ 区 _____ 番 _____ 号 _____ 室 _____

日本矯正歯科専門医機関 宛
矯正歯科専門医新規審査申請書

矯正歯科専門医機関は4から5年間の認定を受け、以下の必要書類を提出し、審査料を払って申請します。

必要書類(確認のしるしとして提出書類の表の□に●を記入してください)

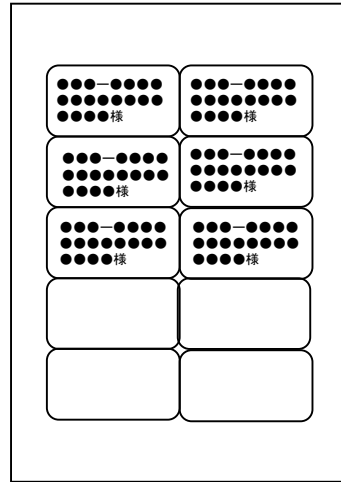
<input type="checkbox"/> 1. 専門医資格申請書(様式1)	原本1部+コピー2部
<input type="checkbox"/> 2. 審査費(様式2)	原本1部+コピー2部
<input type="checkbox"/> 3. 会長推薦状(会長のコピー)	原本1部+コピー2部
<input type="checkbox"/> 4. 所属団体専門医認定申請書	コピー4部
<input type="checkbox"/> 5. 認定申請書(様式3)の写し	原本1部+コピー2部
<input type="checkbox"/> 6. 申請書(様式4)および論文印刷	原本1部+コピー2部
<input type="checkbox"/> 7. 検定報告書(様式5)	原本1部+コピー2部
<input type="checkbox"/> 8. 申請書(様式6)	原本1部+コピー2部
<input type="checkbox"/> 9. 審査報告書(所属団体の審査員による) (申請書に添付)	コピー2部
<input type="checkbox"/> 10. 歯科矯正専門医の文憑加章の写し(注:参照)	コピー2部
<input type="checkbox"/> 11. 認定申請書の審査料の受領印の写し(注:参照)	コピー2部
<input type="checkbox"/> 12. 所在地と支店(支店)の所在地と支店の写し(注:参照)	コピー2部
<input type="checkbox"/> 13. 申請書の発行日と本文枚数の写し	コピー2部
<input type="checkbox"/> 14. ホームページ(検索履歴 印刷用紙 様式7)	原本1部+コピー2部
<input type="checkbox"/> 15. 宛先メール	1部
<input type="checkbox"/> 16. 申請書の郵送(様式8)	原本1部+コピー2部

⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、⑯、⑰、⑱、⑲、⑳、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿、

上記1~17をまとめ、4冊に分けて提出すること

所 属 団 体 (必ず記入)	日本矯正歯科専門医機関 日本矯正歯科専門医機関 日本矯正歯科専門医機関	会 員 名 氏	
-------------------	---	---------	--

封入資料C
1部



封入資料D
3部

審判用表

審査員氏名

審査項目	審査員									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 専門医資格										
2. 審査費										
3. 会長推薦状										
4. 所属団体専門医認定申請書										
5. 認定申請書(様式3)の写し										
6. 申請書(様式4)および論文印刷										
7. 検定報告書(様式5)										
8. 申請書(様式6)										
9. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
10. 歯科矯正専門医の文憑加章の写し										
11. 認定申請書の審査料の受領印の写し										
12. 所在地と支店(支店)の所在地と支店の写し										
13. 申請書の発行日と本文枚数の写し										
14. ホームページ(検索履歴 印刷用紙)										
15. 宛先メール										
16. 申請書の郵送										
17. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
18. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
19. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
20. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
21. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
22. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
23. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
24. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
25. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
26. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
27. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
28. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
29. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
30. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
31. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
32. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
33. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
34. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
35. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
36. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
37. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
38. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
39. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
40. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
41. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
42. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
43. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
44. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
45. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
46. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
47. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
48. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
49. 審査報告書(所属団体の審査員による)										
50. 審査報告書(所属団体の審査員による)										

封入資料E
3セット

* 全てコピーしたもの
(原本は送付しないでください)

矯正歯科専門医認定審査課題症例

受付番号 _____
課題症例番号 _____

(症例のタイトル) _____

Class I malocclusion
(技術症例)

A、B、C、D、Eの資料を
矯正歯科専門医機関まで
発送してください。

締切: 12月13日(当日消印有効)

送付先

〒170-0003

東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル

口腔保健協会内

日本矯正歯科専門医機関 宛

TEL 03-3947-8891