

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□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	
------------------	------------------------------------	------	--