

2018年度（第4回）日本頭蓋顎顔面外科学会専門医

資格更新審査についての手引き

2018年5月

一般社団法人日本頭蓋顎顔面外科学会

理事長 山本 有平

専門医委員会

委員長 朝戸 裕貴

一般社団法人日本頭蓋顎顔面外科学会は、日本頭蓋顎顔面外科学会専門医制度規則および同施行細則に基づき、第4回専門医資格更新審査を下記の要領で実施いたします。

1. 更新審査の対象となる専門医

2013年度（2014年1月1日付で専門医を取得）に専門医の資格を得た日本頭蓋顎顔面外科学会会員を対象とします。

2. 資格更新に必要な生涯教育歴

専門医資格を更新するためには、専門医資格取得後以下に示す所定の学会活動歴もしくは研究業績が必要です。ご注意ください。

1) 専門医に登録された後の5年間において総計20点以上の業績点数を取得しなければなりません。

- ・2014年1月1日から申請日までのものが有効です。
- ・論文は掲載証明書をもって有効とします。

2) 業績として認められる活動・研究歴およびその点数を以下に示します。

- ・日本頭蓋顎顔面外科学会参加 5点
- ・日本頭蓋顎顔面外科学会教育セミナー受講 2点
- ・日本頭蓋顎顔面外科学会での講演・発表
筆頭および第一共同演者 4点
- ・日本頭蓋顎顔面外科学会での座長、司会 2点
- ・頭蓋顎顔面外科に関する論文（筆頭） 5点
共同著者全員 3点

*邦文、英文などは問いませんが、査読され、文献が記載されている論文、もしくは国際標準図書番号（ISBN）が記載されている書籍に掲載された著書に限ります。

- ・頭蓋顎顔面外科に関連する国際学会参加 4点
- ・頭蓋顎顔面外科に関連する国際学会発表
筆頭および第一共同演者 4点

3. 更新審査用提出書類

日本頭蓋顎顔面外科学会専門医制度規則および同施行細則に基づき、以下の更新審査用書類（様式2, 7, 8, 9, 11）を日本頭蓋顎顔面外科学会ホームページからダウンロードし、印字もしくは楷書で記載してください。申請書類チェックリスト（様式11）を用いて申請書類に不足が無いようご確認をお願いします。またこれを全体の表紙とし、番号順に整理

してご提出ください。

- (1) 日本頭蓋顎顔面外科学会専門医資格更新申請書（様式7）
- (2) 履歴書（様式2）
- (3) 業績目録（様式8）
- (4) 診療実績報告書（様式9）
*申請日に満65歳以上の方は提出不要です。
- (5) 日本形成外科学会認定専門医の認定証（コピー）
- (6) 更新審査料振込の領収書（コピー）

4. 書類提出期間

2018年5月21日～2018年6月30日（消印有効）

5. 書類送付先および更新審査料振込先

資格更新審査提出書類は、簡易書留等にて委員会へ送付してください。

〒169-0072

東京都新宿区大久保2-4-12 新宿ラムダックスビル9階

(株)春恒社 学会事業部内

一般社団法人日本頭蓋顎顔面外科学会 専門医委員会 宛

TEL: 03-5291-6231

更新審査料：10,000円

郵便振替口座：00130-4-179168 加入者名：一般社団法人日本頭蓋顎顔面外科学会

※振込みは郵便局備え付けの用紙をご使用ください。

通信欄には必ず“専門医更新審査料”と明記してください。

6. 更新審査の実施時期

2018年9月末日までに実施いたします。

7. 更新審査の結果の発表および登録

専門医更新審査の結果は専門医委員会が理事長に報告し、理事会の議を経て申請者に通知します。更新登録料10,000円の納付（振込先は同上）を確認した後、理事長が学会の専門医名簿に登録のうえ公示します。認定証は、追って理事長が本人に送付します。

8. 申請書類記入・作成に関する注意事項

1) 記載は、印字か、黒インクまたはボールペンを用いて楷書で記載してください。

用紙の所定欄に納まるよう作成してください。

2) 年号の記載は西暦を用いてください。

3) 専門医申請書類を記入する際、次の点にご留意の上作成してください。

※（様式8）業績目録（資格更新申請用）

業績目録は年度順に記載してください。併せて、学会参加証（コピー可）、セミナー受講証（コピー不可）、学術集会プログラム抄録集の申請者の発表が掲載されているページのコピー、論文の最初のページのコピーを添付してください。

*学会参加証原本を日本形成外科学会専門医資格の更新に際し提出し、手元がない場合は下記の期間に日本形成外科学会事務局にお申し出ください。1 か月程で取り寄せることができます。

【2018年5月1日 ～ 2018年6月30日】

9. 問い合わせ先

一般社団法人日本頭蓋顎顔面外科学会専門医委員会 委員長 朝戸 裕貴
〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町大字北小林 880 獨協医科大学病院形成外科
FAX : 0282-86-1111 E-mail : h-asato@dokkyomed.ac.jp
お問い合わせは、E-mail もしくは FAX をお願いいたします。