

日本頭蓋顎顔面外科学会

専門医認定申請書

西暦 年 月 日

日本頭蓋顎顔面外科学会
専門医委員会 御中

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もとづき、
日本頭蓋顎顔面外科学会専門医として申請いたします。

氏名： 署名： _____

日本頭蓋顎顔面外科学会 会員番号：

日本頭蓋顎顔面外科学会入会年月日：西暦 年 月 日

医籍登録番号： 号

医籍登録年月日：西暦 年 月 日

連絡先メールアドレス：

生年月日：西暦 年 月 日

現住所：〒

施設名：

所属・部門：

施設所在地：〒

施設電話番号：() - () - ()

施設FAX番号：() - () - ()

履 歴 書

氏 名 :

現住所 :

最終学歴 :

西暦 年 月卒業

職 歴

西 暦 年 月 日
署 名 : _____

業績目録

(様式3)

学会発表

| | 学会名／演題名 | 年月日(西暦) |
|---|--------------|---------|
| 1 | 学会名： 演題名： | |
| 2 | 学会名： 演題名： | |
| 3 | 学会名： 演題名： | |
| 4 | 学会名： 演題名： | |
| 5 | 学会名： 演題名： | |

論文(著書)

| | 論文(著書)名／雑誌名(書名) | 巻：頁数(3:11-15) 書籍では頁数のみ | 発行年(西暦) *著書では発行所名も |
|---|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 例 | 顎変形症の治療成績について / 日頭顎顔会誌 | 26:1-10 | 2010 |
| 例 | 上顎 Le Fort II 骨切り術 / 顔面骨切り術 | 25-30 | 克誠堂 2010 |
| 1 | 論文名： 雑誌名： | | |
| 2 | 論文名： 雑誌名： | | |
| 3 | 論文名： 雑誌名： | | |
| 4 | 論文名： 雑誌名： | | |
| 5 | 論文名： 雑誌名： | | |

西暦 年 月 日

署名：_____

(様式4)

治療記録 (No.)

| | | | | | |
|--------------------|--|----|--|----|--|
| 施設名 | | | | | |
| 患者名(イニシャル) | | 性別 | | 年齢 | |
| 診断名 | | | | | |
| 術式 | | | | | |
| 術者 (執刀医 : ○、第一助手△) | | | | | |
| 【記録】 | | | | | |
| | | | | | |

注：手術記録とともに病歴，現症，治療経過についても簡潔に記載して下さい。(必須)

手術症例の一覧

| 症例 | 診断名 | 術式 | 領域 | 執刀 |
|----|-----|----|----|----|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

| 症例 | 診断名 | 術式 | 領域 | 執刀 |
|----|-----|----|----|----|
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 10 症例 の内訳 | a: 例 | b: 例 | c: 例 | d: 例 | e: 例 | f: 例 | g: 例 | h: 例 | i: 例 |
| 20 症例 の内訳 | a: 例 | b: 例 | c: 例 | d: 例 | e: 例 | f: 例 | g: 例 | h: 例 | i: 例 |

注1:「領域」には、申請の手引き9.4)に記載されているa~iを記入して下さい。

注2:執刀例は「執刀」に○を記入して下さい。

注3:写真を提出する10症例は症例1-10に、その他の症例は症例11-20に記載して下さい。

西暦 年 月 日

署名: _____

(様式6)

研修歴証明書

氏名：

上記の者が下記に示す期間、当施設において頭蓋顎顔面外科手術を研修した
ことを証明いたします。

勤務状況 (いずれかを○で囲む)

週 1～2日 , 週 3日以上

在籍期間

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

以上の通り証明します。

西暦 年 月 日

施設名

所属長 署名： _____

*所属長は研修施設責任者名を記載してください。

*申請者自身が研修施設責任者の場合は、病院長のサインを記載してください。

(様式10)

日本頭蓋顎顔面外科学会専門医
【認定審査用】申請書類チェックリスト

申請者氏名

申請書類チェックリスト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。

| | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> チェック1 | (様式1) 専門医認定申請書 ※資格申請期間開始の前日までに会員歴3年以上 |
| <input type="checkbox"/> チェック2 | (様式2) 履歴書 |
| <input type="checkbox"/> チェック3 | 日本国医師免許証(コピー) |
| <input type="checkbox"/> チェック4 | 日本形成外科学会認定専門医の認定証(コピー) |
| <input type="checkbox"/> チェック5 | (様式6) 研修歴証明書 ※申請者が研修施設責任者の場合は、病院長のサインを得る |
| <input type="checkbox"/> チェック6 | 教育セミナーもしくは学術講習会の受講証明証(2回分)を添付する |
| <input type="checkbox"/> チェック7 | (様式3) 業績目録「学会発表」 ※プログラム抄録集のコピーを添付する |
| <input type="checkbox"/> チェック8 | (様式3) 業績目録「論文」 ※論文の最初の頁(題名と執筆者が記載されている)のコピーを添付する |
| <input type="checkbox"/> チェック9 | (様式4) 治療記録 ※20症例分を作成する |
| <input type="checkbox"/> チェック10 | (様式5) 手術症例の一覧表 ※提出症例の配分は手引き 9-4) を確認する |
| <input type="checkbox"/> チェック11 | CD-R (10症例分の写真) ※10症例分を一括したファイルをパワーポイント形式で作成する |
| <input type="checkbox"/> チェック12 | 認定審査料振込の領収書(コピー) |