# Authority of Implantology Clinical Oral Implantology 新規申請書類一式





### Authority of Implantology 認定申請書

年 月 日

国際口腔インプラント学会 認定審査委員会 御中

国際口腔インプラント学会 認定制度規則に基づき、Authority of Implantology資格の認定を受けたく、認定審査料(払込金受領書のコピー)を添え、下記の関係書類を提出いたしますので審査願います。

ありがな 申請者氏名 印

記

- 1. 本書(様式1)
- 2. 履歴書(様式2)
- 3. 臨床実績評価証明書(様式3)
- 4. 提示症例リスト (様式4)
- 5. 宣誓書(様式5)
- 6. オルソパントモX線写真 50症例(合計100枚)
- 7. 歯科医師免許証コピー (コピー、A4縮小可)
- 8. 認定審査料(受験料等払込金受領書のコピー)



### Clinical Oral Implantology 認定申請書

年 月 日

国際口腔インプラント学会 認定審査委員会 御中

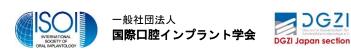
国際口腔インプラント学会 認定制度規則に基づき、Clinical Oral Implantology資格の認定を受けたく、認定審査料(払込金受領書のコピー)を添え、下記の関係書類を提出いたしますので審査願います。

ありがな 申請者氏名 印

記

- 1. 本書(様式1)
- 2. 履歴書(様式2)
- 3. 臨床実績評価証明書(様式3)
- 4. 提示症例リスト (様式4)
- 5. 宣誓書(様式5)
- 6. オルソパントモX線写真 20症例(合計40枚)
- 7. 歯科医師免許証コピー (コピー、A4縮小可)
- 8. 認定審査料(受験料等払込金受領書のコピー)







## 履歴書

								年	月	日現在	
		ふりがな									]
氏	名										写真を貼る位置
											1. 縦 36~40 mm 横 24~30 mm
		大正				_				,	2. 本人単身胸から上
生年月	月日	昭和 平成		年	月	日生	(満	歳)	男	· 女	3. 裏面にのりづけ 4. 裏面に氏名記入
		1 794						1			1
電話看 (携帯					E-MAIL	E-MAIL		※要PCメール対応		Cメール対応	
(1) A 114	0 1/	ふりがな							/·· ^ -	07 7:7472	
現住	所	〒									
			r								T
	<b>→</b>	機関名									電話( ) — )
所原 医療機		0	Ŧ								No. 441
		住 所									常勤 • 非常勤
歯科医		第	•		号		年	月	日耳	 文得	
免許											
IS0I 入	.会日	平成	ζ	年	月	日入:	会~現在	(	年	カ月間)	
		I									
年	月						学歴・	職歴			

資料の送付先	自宅・勤務先・その他 住所

※学歴・・・大学卒業年月から記載 ※職歴・・・各職歴毎に勤務の開始と終了の年月と常勤・非常勤の別を記載



### 臨床実績評価証明書 (勤務医)

※ 開業医の場合、提出する必要はありません。

年 月 日

申請者			

上記申請者は、下記の通り相当の臨床実績があることを証明致します。

医療機関代表者

記

1. 当施設における継続的なインプラント臨床実績について

医療機関名

臨床研修期間 昭和·平成 年 月 ~ 昭和·平成 年 月



### 提示症例リスト ※記入方法は記入例を参照してくださ

#### 申請者

ル	נילו בעל יוני		<b>\</b>	※記人方法は記人例を	参照してください。				
	患者氏名	年齢	性別	埋入 年月日	補綴終了時 年月日	部位	種類	本数	M
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30		1							

### 提示症例リスト記入例

	患者氏名	年齢	性別	埋入 年月日	補綴終了時 年月日	部位	種類	本数	
1	山田 太郎	50	男	2000/1/1	2000/6/1	16	カムログ	1	
2	鈴木 花子	48	女	2001/2/2	2001/7/1	21	ITI	1	
3	//	//	//	2002/5/5	2002/12/12	46 • 47	POI	2	M
4									
5									
•									
•									
•									

#### - 提出症例基準 ---

- ※下記に当てはまる症例については提出不可となります。
- ①埋入本数が少なく、補綴学的に明らかに過重負担となっているケース。
- ②患者の経済的理由で無理な設計をしたケース。
- ③充分な骨量があるのにもかかわらず、あまりに短いインプラントを使用しているケース。

患者氏名 イニシャルでも可。

年 齢 現在の年齢を記入して下さい。

種類 インプラントメーカーの種類を記入して下さい。(例:ITI、POIなど)

- □ パントモ提出の症例に ☑ して下さい。
- ※リストにはパントモを提出する患者を含めて記入していただき、 パントモ提出の症例にのみ右端に ✓して下さい。
- ※Clinical資格は20名分、Authority資格は50名分(本紙をコピーして2枚にすること)を 最低でも提出して下さい。
- ※同一患者でも、埋入時期及びブロックが違えば、2症例とみなして提出して差支えありません。



### 宣誓書

年 月 日

私の今回提出したすべての臨床症例は、 自分で手術し自分で補綴した症例であることを誓います。 他人の施術した症例をかりたものではありません。

所	属			
Æ	名			£Γ

### Clinical oral implantology Authority of implantology **受験資料提出のご案内**

#### ◆新規申請書類一式

A4用紙にカラー印刷の上、手書きにて記入、原本を提出してください。

- ※6頁目記載 「提出症例リスト(一覧表)」は、ExcelやWordで作成いただいても構いません。
- ※全頁 対象 書面記載の年号は、必要に応じて「令和」に書き換えをお願いいたします。

#### ◆オルソパントモX線写真

自己の治験例の中から申請者が公表できる症例の初診時および補綴終了3年経過後のオルソパントモX線写真を提出してください。

Clinical oral implantology … 20症例 (合計 40枚) Authority of implantology … 50症例 (合計 100枚)

#### く資料提出方法>

「症例提出テンプレート」に基づき、PowerPoint、PDF、Keynoteのいずれかで作成し、 電子媒体(USBメモリー等)にて提出してください。

- ※紙媒体の提出は不要です。
- ※資料は、症例一覧表の順に作成してください。
- ※症例毎に「患者名(イニシャル可)」「術前・術後」を記入してください。
- ※提出いただいた資料は、USBを含め、すべて返却いたしませんのでご注意ください。

#### ◆資料送付先・問い合わせ窓口

一般社団法人 国際口腔インプラント学会ドイツ口腔インプラント学会日本支部

事務務局 〒950-1105

新潟市西区ときめき東1丁目20-2 TEL:025-374-7023 FAX:025-231-3390 E-mail:isoijimukyoku@gmail.com Mobile:090-1938-4046

※送料はご負担願います。