様式１

**認 定 申 請 書**

　日本歯科麻酔学会理事長　殿

顔写真糊付欄

（4.5cm×3.5cm）

　生年月日　　１９　　年　　月　　日生　　　歳

　連 絡 先 〒

 TEL

　　　　　FAX

 E-mail

　所 属 名

　所 在 地 〒

 　 TEL

　入会年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日

この度、日本歯科麻酔学会認定医の資格を取得致したく存じますので、

　必要書類および認定申請料を添えて申請致します。

 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　申請者

（自　　署）

様式２

**履　　歴　　書**

　本籍所在地　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県

　現　住　所　〒

 ℡

　氏　　　名

（自　　署）

　　　　　　　　　　　　　　　　１９　　年　　月　　日生

　学歴・職歴・研修歴（大学卒業年次より，学歴と職歴をひとつにまとめ年順に記載）＊西暦で記載のこと

　 　　　　　　　　　　　　　　　　 登録番号 　　　　　　　　　 　　　　取得年月日

　歯科医師免許証　　　　　第　　　　　　号　　　　　　　　　年　　月　　日

　医 師 免 許 証　　　　　第　　　　　　号　　　　　　　　　年　　月　　日

　その他の資格（関連学会名，役職名など）

様式３

**研 修 証 明 書**

　現　住　所　〒

 ℡

氏　　　名

　　　　　　１９　　年　　月　　日生

　上記の者は、　　　　　年　　　月より　　　　年　　月までの期間

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　において、

歯科麻酔学および麻酔科学に関する研修を別記明細の通り行ったことを

認めます。

注）医科麻酔科研修機関の指導者へのお願い

　　　貴院での麻酔研修は、いずれに該当するか○をつけて下さい。

１．医科麻酔領域のみの研修

２．医科麻酔領域ならびに歯科・口腔外科の麻酔研修

３．歯科・口腔外科の麻酔に限定した研修

４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　研修機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（自　　署）

様式４

**歯科麻酔認定医申請許可書**

所　　　属

申　請　者

生年月日　　１９　　年　　月　　日生

上記の者が以下の申請要件を全て満たして日本歯科麻酔学会認定医の申請をすることを認めます。

（該当する項目全てにチェックを入れて下さい）

□：認定医研修カリキュラムを修了している

□：提出症例は、導入から覚醒まで筆頭担当者として行っており、時間帯の重複はない

（医科症例は、麻酔記録上の2番目以降担当で、且つ導入から覚醒まで担当している）

□：医科麻酔研修の登録をガイドラインに則って行っている

　（医科麻酔科研修を行っていない場合はチェック不要）

□：全身麻酔症例一覧表と静脈内鎮静法症例一覧表は、適切に記入されている

□：申請期日までに継続して２年以上の会員歴がある

□：2年以上の歯科麻酔の研修を受けている

□：日本歯科麻酔学会雑誌あるいはAnesthesia Progressに論文を発表している

□：救急蘇生講習会を受講している

（AHA-BLSヘルスケアプロバイダーコース、AHA-ACLSプロバイダーコース）

□：適切な教育機関で研修を受けている

（歯科麻酔学指導施設、研修機関、準研修機関、日本麻酔科学会麻酔科認定病院）

□：適切な指導者のもとで研修を受けている

□：全身麻酔症例の経験症例が200症例以上ある（歯科領域の全身麻酔症例が100症例以上）

□：静脈内鎮静法症例の経験症例が50症例以上ある

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　施 設 名

　　　　　　　　　　　　　歯科麻酔指導医名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　（自　　署）

様式１１

**払込控貼付用紙**

氏　　名：

※払込証明書の写しを貼付して下さい。原本は控えとして保管して下さい。

〈振込の証明となるもの〉

・各金融機関の窓口でのお手続きの場合：交付された控えの写し

・ATMでお手続きの場合：ご利用明細票等の写し

・インターネットバンキングでのお手続きの場合：振込完了画面（振込内容（金額・振込年月日・振込人名義がわかるもの）を印刷したもの

振込証明書貼り付け欄