様式１

**認 定 歯 科 衛 生 士 申 請 書**

顔写真貼付欄

（4.5cm×3.5cm）

日本歯科麻酔学会理事長　殿

ふりがな

氏　　名：

生年月日　　　　　　年　　月　　日生（　　　歳）※すべて西暦で記載のこと

性　　別　　　男　　　女

連絡先住所　〒

TEL

FAX

E-mail

勤務先名称

勤務先住所　〒

TEL

入会年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日

この度、日本歯科麻酔学会認定歯科衛生士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歯科衛生士認定申請料を添えて申請致します。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式２

**履　　歴　　書**

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

現 住 所 　〒

　　　　　　TEL

学歴・職歴・研修歴

（大学又は専門学校卒業年次より、学歴と職歴をひとつにまとめ年順に記載）

　 　　　　　　　　　　　　　　　　 登録番号 　　　　　　　　　 　　　　取得年月日

歯科衛生士免許証　　　　　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**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　において、

歯科麻酔の研修をしたことを証明する。

研修期間：　　　年　　　か月間（　　　　年　　　月から　　　　年　　　月まで）

注）研修指導者へのお願い

貴施設での歯科麻酔研修内容について、該当するもの全てに○をつけて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| （管理方法　他） | （対象者） |
| 1．モニター管理下の歯科治療 | 1．障害（児）者 |
| 2．亜酸化窒素吸入鎮静法を用いた歯科治療 | 2．小児 |
| 3．静脈内鎮静法を用いた歯科治療 | 3．有病者 |
| 4．全身麻酔法を用いた歯科治療 | 4．高齢者 |
| 5．その他（　　　　　　　　　　　　） | 5．在宅療養者 |
|  | 6．その他（　　　　　　　　　　　　） |

特記事項：

年　　　月　　　日

研修施設名：

指導者（認定医・麻酔科専門医）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（認定医・麻酔科専門医）登録番号：

指導者（認定医）所属※：

指導者（認定医）の研修施設での勤務形態※：（　常勤　・　非常勤：　　日／週　）

※指導者が本学会認定医である場合

様式4

**認定歯科衛生士申請許可書**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者が、日本歯科麻酔学会認定歯科衛生士の認定を

申請することを認める

年　　　月　　　日

研修施設名：

指導者（認定医）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（認定医登録番号：　　　　　　　　　　）

様式５－１

**日本歯科麻酔学会総会・学術集会、リフレッシャーコース出席記録**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会　総会・学術集会

・開催回数、開催年月日、開催地をご記入下さい。

・参加証（複写）を裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 開催回数 | 開催年月日 | 開催地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

日本歯科麻酔学会　リフレッシャーコース

・開催回数、開催年月日、開催地をご記入下さい。

・修了証（複写）を裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 開催回数 | 開催年月日 | 開催地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

様式５－２

**バイタルサインセミナー、学会認定関連団体出席記録**

氏　　名：

バイタルサインセミナー

・主催した歯科医師会名称、開催年月日、開催地をご記入下さい。

・受講証（複写）を裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | バイタルサインセミナー（歯科医師会名） | 開催年月日 | 開催地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

日本歯科麻酔学会　学会認定関連団体

**（**北海道臨床歯科麻酔学会、東日本歯科麻酔学会、関東臨床歯科麻酔懇話会、中部歯科麻酔研究会**）**

**（**関西歯科麻酔研究会、中国・四国歯科麻酔研究会、九州歯科麻酔シンポジウム**）**

・団体名・開催回数、開催年月日、開催地をご記入下さい。

・出席を証明できるもの（参加証（複写）、出席証明証（複写）等）を裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 団体名・開催回数 | 開催年月日 | 開催地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

様式５－３

**救急蘇生講習会記録**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会認定救急蘇生講習会

・救急蘇生講習会のコース名称と開催年月日をご記入下さい。その際、当該講習会を認定する団体がある場合は、AHA認定のものか、日本救急医学会認定のものか、あるいはその他の団体か、団体名をご記入ください。また、受講と指導どちらかを○で囲んで下さい。

・受講の場合は、受講修了証（複写）（AHA-BLSプロバイダーカード、AHA-ACLSプロバイダーカード、ICLSコース修了証　他）を裏面に糊付けして下さい。

・指導の場合は、指導資格の証明となるもの（AHA-BLSインストラクターカード、AHA-ACLSインストラクターカード、ICLSインストラクター実績証の複写　他）を裏面に糊付けして下さい。

・AHA認定、日本救急医学会認定以外の救急蘇生講習会（実習参加型）を受講もしくは指導された場合は、当日の受講内容・指導内容が分かるもの（当日のタイムテーブル、配布資料などの複写）も合わせて、裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 救急蘇生講習会名称（AHA・日本救急医学会・その他） | 開催年月日 | 受講と指導 |
|  |  |  | 受講・指導 |
|  |  |  | 受講・指導 |
|  |  |  | 受講・指導 |

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