様式８

**日本歯科麻酔学会認定歯科衛生士更新申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号＊ | 第　　　　　　　号 |
| 受付年月日＊ | 　　　　年　　月　　日 |

＊の欄は記入しないで下さい。

　　　　　年　　月　　日

※全て西暦で記載のこと

日本歯科麻酔学会認定歯科衛生士委員会　殿

私は日本歯科麻酔学会認定歯科衛生士の更新を受けたく、必要書類及び更新審査料を添えて申請します。

ふりがな

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

認定歯科衛生士登録番号　　　　第　　　　　　　号

登　録　期　限　　　　　　　年　　　月　　　日まで

生　年　月　日　　　　　　　年　　　月　　　日生

自　宅　住　所　　　 〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

 E-mail

勤務先

同上住所　　　 〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

 E-mail

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９

**学会年会費納入証明書**

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

現 住 所 　〒

　　　　　　TEL

　上記の者が、　　　　　期より　　　　　期までの期間において、

学会年会費を納入していることを証明する。

　　　　年　　　　月　　　　日

一般社団法人

日 本 歯 科 麻 酔 学 会

**＊枠内は事務局で記入しますので、記入しないで下さい。**

様式１０－１

**日本歯科麻酔学会総会・学術集会出席記録**

氏　名：

日本歯科麻酔学会　総会・学術集会出席（10単位）

・開催回数／開催地／開催年月日をご記入下さい。

・出席証明書の写しもしくは会員情報管理システムOHASYSの出席単位管理システムのページをプリントアウトして添付して下さい。

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

小合計　　　　　　　単位

小合計　　　　　　　単位

様式１０－２

**日本歯科麻酔学会　リフレッシャーコース出席記録**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会　リフレッシャーコース・旧認定講習会 出席（2.5単位/1講演）

・区分（夏季・秋季、秋季は学術集会の回数）、講演タイトル、開催年月をご記入下さい。

・修了証（複写）を裏面に糊付けするか会員情報管理システムOHASYSの出席単位管理システムのページをプリントアウトして添付して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 区分 | 講演タイトル | 開催年月 | 単位 |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |
|  | 夏季・秋季 | 回 |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－３

**学会認定関連団体出席記録**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会　学会認定関連団体出席（5単位）

・開催回数／開催地区（北海道、東北、関東、中部、関西、中国・四国、九州）／開催地／開催年月日をご記入下さい。

・出席証明書の写しもしくは会員情報管理システムOHASYSの出席単位管理システムのページをプリントアウトして添付して下さい。

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

小合計　　　　　　　単位

様式１０－４

**関連学会出席記録**

**（国際関連学会、歯科関連学会）**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会　関連学会出席（国際関連学会10単位、歯科関連学会2単位）

・関連学会として認められている学会名および取得単位に関しては認定歯科衛生士制度施行細則別表を参照して下さい。

・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。

・学術大会名、開催地、開催年月日、単位数をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 学術大会名 | 開催地 | 開催年月日 | 単位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－５

**日本歯科麻酔学会総会・学術集会発表記録**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会　学術集会発表（10単位）

・取得単位に関しては認定歯科衛生士制度施行細則別表を参照して下さい。

・抄録（複写）を合わせてご提出下さい。

・発表種別、演者全員の氏名、演題名、開催回数・開催地、単位数をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 発表種別 | 演者（全員） | 演題名 | 開催年月日開催地区 | 単位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－６

**学会認定関連団体発表記録**

**（**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**）**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会　学会認定関連団体発表（5単位）

・発表種別、演者全員の氏名、演題名、開催年月日・開催地区（北海道、東北、関東、中部、関西、中国・四国、九州）、単位数をご記入下さい。

・発表を証明できるもの（抄録（複写）等）を裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 発表種別 | 演者（全員） | 演題名 | 開催年月日開催地区 | 単位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－７

**関連学会発表記録**

**（国際関連学会、関連学会）**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会　関連学会発表（国際関連学会5単位、関連学会2単位）

・大会名称、発表種別、演者全員の氏名、演題名、開催地、開催年月日、単位数をご記入下さい。

・発表を証明できるもの（抄録（複写）等）を裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 大会名称 | 開催地 | 開催年月日 | 単位 |
| 発表種別 | 演者（全員） | 演題名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－８

**リフレッシャーコース・バイタルサインセミナー講演記録**

氏　名：

日本歯科麻酔学会　リフレッシャーコース・バイタルサインセミナー講演（2単位）

・取得単位に関しては認定歯科衛生士制度施行細則別表を参照して下さい。

・講演種別（リフレッシャーコース・バイタルサインセミナー）、講演タイトル、開催年月日、開催地、単位数をご記入下さい。

・講演の抄録（複写）を裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 講演種別 | 講演タイトル | 開催年月日 | 開催地 | 単位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－９

**日本歯科麻酔学会雑誌での発表記録**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会雑誌への論文発表（10単位）

・日本歯科麻酔学会雑誌に発表したもののみを記入して下さい（共著も可）。

・論文は申請の時点で既に発行されている雑誌に掲載されたものに限ります。

・論文種別、論文名、全員の著者名（申請者名に下線を引く）、巻・号・頁～頁、掲載年月、単位数をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 論文種別 | 論文名（全員の著者名、申請者名に下線を引く） | 巻・号・頁 | 掲載年月 | 単位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－１０

**Anesthesia Progressでの発表記録**

氏　　名：

Anesthesia Progressへの論文発表（10単位）

・Anesthesia Progressに発表したもののみを記入して下さい（共著も可）。

・論文は申請の時点で既に発行されている雑誌に掲載されたものの他、掲載予定（in press）の論文についても業績として認めます。ただし、掲載予定の場合は、必ず掲載を証明する書類および当該論文データを印刷したものを添付して下さい。投稿中のみの論文は認められません。

・論文種別、論文名、全員の著者名（申請者名に下線を引く）、巻・号・頁～頁、掲載年月、単位数をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 論文種別 | 論文名（全員の著者名、申請者名に下線を引く） | 巻・号・頁 | 掲載年月 | 単位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－１１

**日本歯科麻酔学会雑誌・Anesthesia Progress以外への学術誌発表記録**

氏　　名：

日本歯科麻酔学会雑誌・Anesthesia Progress以外の学術誌への論文発表（国際関連学会雑誌10単位、関連学会学会誌3単位）

・取得単位に関しては認定歯科衛生士制度施行細則別表を参照して下さい。

・日本歯科麻酔学会雑誌・Anesthesia Progress以外の雑誌に発表したもののみを記入（共著も可）。

・論文は申請の時点で既に発行されている雑誌に掲載されたものに限ります。

・論文種別、掲載雑誌名・論文名、全員の著者名（申請者名に下線を引く）、巻・号・頁～頁、掲載年月、単位数をご記入下さい。

・別刷（複写可）をお送り下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 論文種別 | 掲載雑誌名・論文名（全員の著者名、申請者名に下線を引く） | 巻・号・頁 | 掲載年月 | 単位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－１２

**麻酔関連著書の発表記録**

氏　名：

麻酔関連著書（3単位）

・日本歯科麻酔学会雑誌以外の雑誌に発表したもののみを記入（共著も可）。記入欄が不足する場合は、本様式を複写してご利用下さい。

・著書は申請の時点で既に発行されたものに限ります。

・著書名、全員の著者名（申請者名に下線を引く）、巻・号・頁～頁、出版社名、発行年月日、単位数をご記入下さい。

・著書の表紙と執筆のタイトルの掲載されたページの複写をお送り下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 著書名（全員の著者名、申請者名に下線を引く） | 巻・号・頁、出版社名 | 発行年月日 | 単位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－１３

**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（受講3単位、指導2単位）

・救急蘇生講習会のコース名称、開催年月日、単位数をご記入下さい。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コース修了証の複写　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 | 単位 |
|  |  |  | 受講・指導 |  |
|  |  |  | 受講・指導 |  |
|  |  |  | 受講・指導 |  |
|  |  |  | 受講・指導 |  |
|  |  |  | 受講・指導 |  |

小合計　　　　　　　単位

様式１０－１４

**その他業績記録**

氏　　名：

バイタルサインセミナー出席（5単位）

・主催した歯科医師会名称、開催年月日、開催地、単位数をご記入下さい。

・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 | 単位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

全身管理に関する講習会で審査委員会が認めるもの（5単位）

・講習会名・主催者名、開催年月日、開催地、単位数をご記入下さい。

・受講証（複写）を裏面に糊付けして下さい。

・当日の受講内容が分かるもの（抄録などの複写）も合わせて、裏面に糊付けして下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 全身管理に関する講習会（講習会名・主催者名） | 開催年月日 | 開催地 | 単位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

小合計　　　　　　　単位

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