様式1

**歯科麻酔専門医審査申請書**

顔写真貼付欄

（4.5cm×3.5cm）

一般社団法人 日本歯科麻酔学会

専門医審査委員会　殿

ふりがな

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳）

所 属 名：

所属住所：〒

所属TEL：

E-mail：

本学会認定医：　　　　年　　月　　日　取得、登録番号　第　　　　号

日本歯科麻酔学会歯科麻酔専門医制度規則に基づいて歯科麻酔専門医の認定を受けたく、

下記の申請書類を提出し審査を申請いたします。

記

1.履歴書

2.日本歯科麻酔学会認定医認定証（複写）

3.麻酔専従証明書、業務内容証明書、研修派遣証明書

4.歯科麻酔専門医申請許可書

5.業績目録

6.救急蘇生講習会受講修了証（複写）

7.申請前の最近5年間に担当あるいは指導した全身麻酔・全身管理・疼痛治療症例一覧表ならびにその内訳書

8.症例報告書

9. 歯科麻酔専門医研修修了実技評価シート

10.実技・シミュレータによる試験合格証明書

年　　月　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

様式2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **履　　歴　　書** | | | | | | |
|  |  | | | | 男 ・ 女 | 生年月日：　　　年　　　　月　　　日 |
| 自宅住所 | 〒　　－ | | | | | |
| 学　　　歴（大学卒業以降） | | | | | | |
| 年 | 月 | 日 |  | | | |
| 歯科医師免許取得 | | | | 登録年月日：　　　年　　月　　日・登録番号：第　　　　　　　号 | | |
| 日本歯科麻酔学会認定医取得 | | | | 登録年月日：　　　年　　月　　日・登録番号：第　　　　　　　号 | | |
| 職　　　　　　　　　歴 | | | | | | |
|  |  |  |  | | | |
| 学会および地域歯科医療における活動 | | | | | | |
|  |  |  |  | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　　　年　　　月　　　日  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

様式3-1

**麻 酔 専 従 証 明 書**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者は、　　年　　か月間（　　　　年　　月から　　　　年　　月まで）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　において、

歯科麻酔の業務に専従していたことを証明する。

※他施設への研修等で、上記期間中に専従を満たさない期間がある場合にご記入下さい。

非専従期間：　　　年　　　か月間（　　　　年　　月から　　　　年　　月まで）

年　　　月　　　日

歯科麻酔学指導施設名：

歯科麻酔指導医名： 　　印

　 （自　　著）

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

　　　様式3-2

**業 務 内 容 証 明 書**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　において、

下記の業務に従事していることを証明する。

期　間：　　　年　　　か月間（　　　　年　　　月から　　　　年　　　月まで）

形　態：　1週間当たりの日数：　　　日／週

上記期間中の身分と業務内容：

注）医科麻酔科研修機関の指導者へのお願い

貴施設での麻酔研修は、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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

特記事項：

年　　　月　　　日

所 属 名：

指導者名： 　　印

（自　　著）

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

様式3-3

**研 修 派 遣 証 明 書**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者を、　　年　　か月間（　　　　年　　　月から　　　　年　　　月まで）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に、

歯科麻酔の研修を目的に派遣していたことを証明する。

　　　　年　　　　月　　　　日

歯科麻酔学指導施設名：

歯科麻酔指導医名： 印

　　　　　　　　　　（自　　著）

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

様式4

**歯科麻酔専門医申請許可書**

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生

上記の者が、日本歯科麻酔学会歯科麻酔専門医の認定を

申請することを認める

年　　　月　　　日

歯科麻酔学指導施設名：

歯科麻酔指導医名： 印

（自　　著）

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **業 績 目 録**  氏　名： | | | | |
| 日本歯科麻酔学会総会・学術集会 | | | | |
| № | 学術集会名 | 開催年月日 | 開催地 | 単位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

様式5-1（A）

一般社団法人 日本歯科麻酔学会

様式5-1（B）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **業 績 目 録**  氏　名： | | | | |
| 日本歯科麻酔学会総会・学術集会以外の学術集会 | | | | |
| № | 学術集会名 | 開催年月日 | 開催地 | 単位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

一般社団法人 日本歯科麻酔学会

様式5-2（A）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **業 績 目 録**  氏　名： | | | | | |
| 日本歯科麻酔学会学術集会発表 | | | | | |
| № | 発表種別 | 演者\*（全員） | 演題名 | 開催地・開催年 | 単位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

＊）発表者に下線を引いてください。

一般社団法人 日本歯科麻酔学会

様式5-2（B）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **業 績 目 録**  氏　名： | | | | | | |
| 日本歯科麻酔学会学術集会以外の学術大会での発表 | | | | | | |
| № | 発表種別 | 演者\*（全員） | 演題名 | 学術大会名称  開催地・開催年 | | 単位 |
| 1 |  |  |  |  | |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  | | 5 |
|  |  |
|  |  |  |  |  | | 3 |
|  |  |

＊）発表者に下線を引いてください。

一般社団法人 日本歯科麻酔学会

様式5-3（A）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **業 績 目 録**  氏　名： | | | | |
| 日本歯科麻酔学会雑誌・Anesthesia Progress | | | | |
| № | 論文種別 | 著 者 名（全員） | 表題、誌名、年、巻（号）、頁～頁 | 単位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

一般社団法人 日本歯科麻酔学会

様式5-3（B）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **業 績 目 録**  氏　名： | | | | |
| 日本歯科麻酔学会雑誌・Anesthesia Progress以外の学術雑誌 | | | | |
| № | 論文種別 | 著 者 名（全員） | 表題、誌名、年、巻（号）、頁～頁 | 単位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　　　一般社団法人 日本歯科麻酔学会

様式5-4

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **業 績 目 録**  氏　名： | | | | | |
| 一般社団法人日本歯科専門医機構　歯科専門医共通研修 | | | | | |
| № | 講演種別 | 実施団体・講演タイトル | 開催年月日 | 開催地 | 単位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　　一般社団法人 日本歯科麻酔学会

様式10

**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

一般社団法人　日本歯科麻酔学会