

更新

* 受付番号	第	号
* 受付年月日	年	月 日

一般社団法人日本顎関節学会 関連研修施設更新申請書

年 月 日

一般社団法人

日本顎関節学会理事長 殿

一般社団法人日本顎関節学会専門医制度にかかわる関連研修施設として
更新認定を受けたく、ここに申請いたします。

1) 施設名 _____ 歯科クリニック _____

施設所在地 〒

TEL :

FAX :

指導医または専門医氏名 _____ 山田太郎 _____ 印

2) 責任者氏名 _____ 山田次郎 _____ 印

* 1) 医院名および病院における診療科名または部門名を記載してください。

* 2) 申請施設の責任者である院長、科長、部門長を記載してください。

研修施設更新申請審査料（1万円）の郵便振替払込み受領証の
コピーをこの枠内に貼付ください。

振込受領証コピー

指導医または専門医在籍(職)証明書

一般社団法人

日本顎関節学会理事長 殿

殿は 年に

年 月より 年 月に至るまで、

継続して在籍していることを証明いたします。

年 月 日

1) 機 関 名

2) 機 関 長 氏 名 印

*

- 1) 大学病院および病院にあつては病院名、診療所にあつては診療所名を記載してください。
- 2) 大学病院および病院にあつては病院長または副病院長（歯科代表者）、診療所にあつては管理者の氏名を記載してください。

研修機関内容証明書

年 月 日

一般社団法人
日本顎関節学会理事長 殿

施設名
施設の長

氏 名 印

本施設は下記の内容を有することを証明します。

1. 施設の整備

外来日 初診曜日 再診曜日
外来ユニット数 台
機器

中央施設

画像診断機器
検査機器
顎運動機器
理学療法機器
その他

申請施設（教室，講座，診療科）

画像診断機器
検査機器
顎運動機器
理学療法機器
その他

技工室 有・無 技工士 名

病棟 病床数
処置室のユニット数

顎関節に従事している歯科医師・医師数 常勤 名
非常勤 名
大学院生 名

2. 図書

中央図書館

顎関節に関する蔵書数 冊
顎関節に関する定期刊行物の数 和文雑誌： 誌
英文雑誌： 誌

申請施設

顎関節に関する蔵書数 冊
顎関節に関する定期刊行物の数 和文雑誌： 誌
英文雑誌： 誌

3. 研修教育 カンファランス 月・週 回
抄読会・集談会など 月・週 回

教育・研修に関する業績目録（最近5年）

スペースが足りない場合は、コピーもしくは別用紙使用等、適宜ご対応ください。

1. 顎関節に関し，定期的に行われている教育・研修
（カンファレンス，抄読会など）

2. 顎関節に関する研修会，勉強会
（開催年月日，参加者数，研修テーマ，内容の概要を記載）

一般社団法人日本顎関節学会認定研修機関更新申請用

診療実績報告書

(研修施設・関連研修施設)

施設名

責任者氏名

印

年 月 日提出

	症例数
顎関節症	名
顎関節に関連した疾患	
1 .	名
2 .	名
3 .	名
4 .	名
5 .	名
6 .	名
7 .	名
8 .	名
9 .	名
10 .	名
合計	名