様式　１

口腔放射線腫瘍認定医申請書

日本歯科放射線学会認定委員会　御中

この度、日本歯科放射線学会口腔放射線腫瘍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医申請料を添えて申請致します。

西暦　　　　　　年　 　月 　　日

　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　所属機関名

　　　　　　　　　　　　　　所在地

様式　２

履歴書

西暦　　　　　　年　 　月 　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 年齢・性別 | 西暦　　　　　　年　　 　月 　　　日生（　　歳）　　　男・女 |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　）　　　　－ |
|  |
| 所属機関名および現職名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　）　　　　－ |
|  |
| 学歴及び職歴 | 学歴：西暦　　　　年　 月 　日　　　　　　　大学　　学部　　学科卒業職歴： |
| 歯科医師免許証 | 第　　　　　　　　　　号西暦　　　　　　年　 　月 　　日取得 |
| 日本歯科放射線学会会員歴 | 西暦　　　　　　年　 ～　　　　現在　　　　　　　　　年間 |
| 日本放射線腫瘍学会会員歴 | 西暦　　　　　　年　 ～　　　　現在年間 |

様式　３

研修証明書

　　　氏名：

上記の者は、西暦　　　　　　　年　　　月から　　　　 年　　　月

までの期間、当院において口腔・顎顔面領域がんの放射線治療および

放射線治療患者の口腔管理に関する研修を行なったことを証明します。

|  |
| --- |
| 放射線治療に関する研修事項： |
| 口腔管理に関する研修内容： |

　　西暦　　　　　　年　 　月 　　日

　　　　　　　　研修機関名：

　　　　　　　　　　　（日本放射線腫瘍学会認定・修練機関）

　　　　　　　　　　指導医名：　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 様式　４-１**放射線腫瘍学に関する研究業績目録** |
| 申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| *業績を追加する場合は、適宜、行を追加して下さい。* |
| 1.学会・研修会・セミナー出席、e-ラーニング受講記録（別表1・2参照） |  |
| 開催日・受講期間 | 学会・研修会・セミナー・e-ラーニング名 | 主催者名 | 単位 |
| 　 |  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 単位計(1) |  |
| ※出席または受講を証明できる資料（参加証明書または受講証明書のコピー）を添付すること。 |  |
|  |  |  |  |  |
| 2.学会発表記録*（筆頭演者2単位、共同演者1単位）* |
| 筆・共 | 区分 | 発表者、演題名、会名、年月日、場所 | 単位 |
| 筆・共 | 　 | 　 | 　 |
| 筆・共 | 　 | 　 | 　 |
| 筆・共 | 　 | 　 | 　 |
| 筆・共 | 　 | 　 | 　 |
| 単位計(2) |  |
| * *筆・共の欄は、どちらかを選び○で囲むこと。*

*・　区分：一般講演、特別講演、シンポジウム、その他。* |
| *・ 発表者は、共同演者がいる場合は本人まで記入し、他○人と記す。* |
| * 発表を証明できる資料（プログラムのコピー等）を添付すること。
 |
| 様式　４-２ |
| 3.論文等業績記録*（英文：筆頭3単位, 共同2単位、　和文：筆頭2単位, 共同1単位）* |  |
| 英・和 | 筆・共 | 著者名、題名、雑誌名、巻、ページ、年 | 単位 |
| 英・和 | 筆・共 | 　 | 　 |
| 英・和 | 筆・共 |  | 　 |
| 英・和 | 筆・共 | 　 | 　 |
| 英・和 | 筆・共 | 　 | 　 |
| 英・和 | 筆・共 | 　 | 　 |
| 単位計（3） | 　 |
| * *英・和の欄は、どちらかを選び○で囲むこと。*
* *筆・共の欄は、どちらかを選び○で囲むこと。*
 |
| *・　論文等は、原著、総説、症例報告、その他。* |  |
| *・　著者名は、共著の場合は本人まで記入し、他は○名と記す。* |  |
| ※ 論文別刷りまたはコピーを添付すること。 |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **総単位数(1〜3)** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |