

※受付番号	第 号
※受付年月日	年 月 日

日本口腔リハビリテーション学会認定医申請書

年 月 日

日本口腔リハビリテーション学会認定委員会 殿

私は日本口腔リハビリテーション学会認定医の認定を受けたく、必要書類
および認定申請料を添えて申請します。

フリガナ	氏	名	印
申請者氏名			
生年月日	年 月 日	男・女	※会員No.
自宅住所	〒 電話		
勤務先または 開業医院名	(所属科名または標榜科名)		
同上所在地	〒 電話		
備 考※			

- 記入注意：1) 黒インクまたは黒ボールペンを使用し、楷書にて記入してください。
2) 勤務している方は所属科名を、開業している方は標榜科名を記入してください。
3) ※の欄は、記入しないでください。

申請料（1万円）は、郵便振替で「日本口腔リハビリテーション学会認定委員会」（口座番号：00180-2-363344）の
口座に送金し、本申請書に郵便振替払込受領書のコピーを添付すること。
但し、一度振り込まれた申請料は返却されません。

履 歴 書（認定医申請用）

年 月 日

フリガナ			
氏 名	(印)		
生年月日	年	月	日
年 齢	歳		
性 別	男 ・ 女		
自宅住所	〒	TEL	FAX
現勤務先名			
同上所在地	〒	TEL	FAX
学歴（最終学歴）および職歴			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
歯科医師免許証	第	号 ・	年 月 日 取得
会 員 歴			
※連続している場合	年 ～ 現在		
※断続している場合	年	月 ～	年 月
	年	月 ～	年 月
	年	月 ～	年 月

記入注意：※の欄は記入しないでください。

日本口腔リハビリテーション学会学術大会・認定医研修セミナー (有料プレセミナーを含む)出席記録 (認定医申請用)

氏名

印

学術大会			単位数	※確認印
第	回	日本口腔リハビリテーション学会学術大会	10	
第	回	日本口腔リハビリテーション学会学術大会		
第	回	日本口腔リハビリテーション学会学術大会		
第	回	日本口腔リハビリテーション学会学術大会		
第	回	日本口腔リハビリテーション学会学術大会		
第	回	日本口腔リハビリテーション学会学術大会		
第	回	認定医研修セミナー・有料プレセミナー	10	
第	回	認定医研修セミナー・有料プレセミナー		
第	回	認定医研修セミナー・有料プレセミナー		
第	回	認定医研修セミナー・有料プレセミナー		
第	回	認定医研修セミナー・有料プレセミナー		
第	回	認定医研修セミナー・有料プレセミナー		

※の欄は記入しないで下さい。

年 月 日提出

業績目録(認定医申請用)

申請者氏名

㊞

[論文発表] ※例にならって記入して下さい。

記入例	著者名(発表順):	雑誌名:
	論文名:	日本口腔リハビリテーション学会誌 巻号,頁,年:12巻2号,1頁～5頁,2000年
1	著者名(発表順):	
	論文名:	巻 号, 頁～ 頁, 年
2	著者名(発表順):	
	論文名:	巻 号, 頁～ 頁, 年
3	著者名(発表順):	
	論文名:	巻 号, 頁～ 頁, 年
4	著者名(発表順):	
	論文名:	巻 号, 頁～ 頁, 年

年 月 日提出

- (注) 1)著者名は、申請者に○印、共著者を含むこと。
 2)記載した論文の別刷あるいは写しを添付して下さい。
 3)用紙が足りなければ、この用紙をコピーして使用して下さい。

業績目録(認定医申請用)

申請者氏名

㊞

[学会発表] ※例にならって記入して下さい。

記入例	演者名(抄録順):	学術大会名: 第 回日本口腔リハビリテーション学会
	演題名:	発表年月日: 年 月 日
1	演者名(抄録順):	学術大会名:
	演題名:	発表年月日: 年 月 日
2	演者名(抄録順):	学術大会名:
	演題名:	発表年月日: 年 月 日
3	演者名(抄録順):	学術大会名:
	演題名:	発表年月日: 年 月 日
4	演者名(抄録順):	学術大会名:
	演題名:	発表年月日: 年 月 日

年 月 日提出

- (注)1)演者名は、抄録記載順とし、申請者に○印、共著者を含むこと。
 2)発表を行った抄録の写しを添付して下さい。
 3)用紙が足りなければ、この用紙をコピーして使用して下さい。