

[日本口腔リハビリテーション学会認定医制度様式 3-1]

※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 認定研修施設申請書

年 月 日

日本口腔リハビリテーション学会認定委員会 殿

機関名

責任者氏名

印

日本口腔リハビリテーション学会認定医制度にかかわる認定研修機関の認定を受けたく、施設長の承認を得て申請します。

記入注意：※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。

日本口腔リハビリテーション学会
認定研修施設認定申請にかかわる
指 導 医 在 職 証 明 書

日本口腔リハビリテーション学会認定委員会殿

殿は 年に
年 月より現在に至るまで常時勤務していること
を証明いたします。

年 月 日

施設名

施設長

印

研修施設における設備・所蔵図書

(講座、教室あるいは診療科の単位で記載して下さい)

1. 施設の設備 (概要・備品などについて記載して下さい)

外来

外来日 初診曜日
 再診曜日

ユニット数 台

機器 (機器があるものについて記入下さい)

中央施設

画像診断機 :
検査機器 :
顎運動機器 :
理学療法機器 :
その他 :

貴施設 (講座、教室、診療科)

画像診断機 :
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 (貴大学の歯科・口腔外科)
病床数 床

処置室のユニット数 台

2. スタッフ数 名

3. 顎頭蓋機能に関する所蔵図書

	図書館	貴施設 (講座・教室・診療科)
顎頭蓋機能に関する蔵書数		
顎頭蓋機能に関する定期刊行物		

教育・研修に関する業績目録

顎頭蓋機能に関する課題に対し、開催されている教育・研修内容を記載して下さい。

(例：カンファレンス、抄読会)

最近1～2年間に申請者が主催もしくは講師をつとめられた研修会、勉強会について記載して下さい（開催年月日、参加人数等）。