

Authority of Implantology  
Clinical Oral Implantology  
新規申請書類一式



一般社団法人 国際口腔インプラント学会  
ドイツ口腔インプラント学会 日本支部

## Authority of Implantology 認定申請書

年 月 日

国際口腔インプラント学会 認定審査委員会 御中

国際口腔インプラント学会 認定制度規則に基づき、Authority of Implantology資格の認定を受けたく、認定審査料（払込金受領書のコピー）を添え、下記の関係書類を提出いたしますので審査願います。

ふりがな  
申請者氏名

印

### 記

1. 本書（様式1）
2. 履歴書（様式2）
3. 臨床実績評価証明書（様式3）
4. 提示症例リスト（様式4）
5. 宣誓書（様式5）
6. オルソパントモX線写真 50症例（合計100枚）
7. 歯科医師免許証コピー（コピー、A4縮小可）
8. 認定審査料（受験料等払込金受領書のコピー）

## Clinical Oral Implantology 認定申請書

年 月 日

国際口腔インプラント学会 認定審査委員会 御中

国際口腔インプラント学会 認定制度規則に基づき、Clinical Oral Implantology資格の認定を受けたく、認定審査料（払込金受領書のコピー）を添え、下記の関係書類を提出いたしますので審査願います。

ふりがな  
申請者氏名

印

### 記

1. 本書（様式1）
2. 履歴書（様式2）
3. 臨床実績評価証明書（様式3）
4. 提示症例リスト（様式4）
5. 宣誓書（様式5）
6. オルソパントモX線写真 20症例（合計40枚）
7. 歯科医師免許証コピー（コピー、A4縮小可）
8. 認定審査料（受験料等払込金受領書のコピー）



## 臨床実績評価証明書（勤務医）

※ 開業医の場合、提出する必要はありません。

年 月 日

申請者

上記申請者は、下記の通り相当の臨床実績があることを証明致します。

医療機関代表者

印

### 記

1. 当施設における継続的なインプラント臨床実績について

医療機関名

臨床研修期間 昭和・平成 年 月 ～ 昭和・平成 年 月

## 提示症例リスト

※記入方法は記入例を参照してください。

申請者 \_\_\_\_\_

	患者氏名	年齢	性別	埋入 年月日	補綴終了時 年月日	部位	種類	本数	<input checked="" type="checkbox"/>
1									<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>
5									<input type="checkbox"/>
6									<input type="checkbox"/>
7									<input type="checkbox"/>
8									<input type="checkbox"/>
9									<input type="checkbox"/>
10									<input type="checkbox"/>
11									<input type="checkbox"/>
12									<input type="checkbox"/>
13									<input type="checkbox"/>
14									<input type="checkbox"/>
15									<input type="checkbox"/>
16									<input type="checkbox"/>
17									<input type="checkbox"/>
18									<input type="checkbox"/>
19									<input type="checkbox"/>
20									<input type="checkbox"/>
21									<input type="checkbox"/>
22									<input type="checkbox"/>
23									<input type="checkbox"/>
24									<input type="checkbox"/>
25									<input type="checkbox"/>
26									<input type="checkbox"/>
27									<input type="checkbox"/>
28									<input type="checkbox"/>
29									<input type="checkbox"/>
30									<input type="checkbox"/>

## 提示症例リスト記入例

	患者氏名	年齢	性別	埋入 年月日	補綴終了時 年月日	部位	種類	本数	<input checked="" type="checkbox"/>
1	山田 太郎	50	男	2000/1/1	2000/6/1	16	カムログ	1	<input type="checkbox"/>
2	鈴木 花子	48	女	2001/2/2	2001/7/1	21	ITI	1	<input type="checkbox"/>
3	〃	〃	〃	2002/5/5	2002/12/12	46・47	POI	2	<input checked="" type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>
5									<input type="checkbox"/>
・									<input type="checkbox"/>
・									<input type="checkbox"/>
・									<input type="checkbox"/>

### 提出症例基準

※下記に当てはまる症例については提出不可となります。

- ①埋入本数が少なく、補綴学的に明らかに過重負担となっているケース。
- ②患者の経済的理由で無理な設計をしたケース。
- ③十分な骨量があるにもかかわらず、あまりに短いインプラントを使用しているケース。

患者氏名 イニシャルでも可。

年齢 現在の年齢を記入して下さい。

種類 インプラントメーカーの種類を記入して下さい。(例：ITI、POIなど)

パントモ提出の症例に  して下さい。

※リストにはパントモを提出する患者を含めて記入していただき、  
パントモ提出の症例にのみ右端に  して下さい。

※Clinical資格は20名分、Authority資格は50名分（本紙をコピーして2枚にすること）を  
最低でも提出して下さい。

※同一患者でも、埋入時期及びブロックが違えば、2症例とみなして提出して差支えありません。

## 宣誓書

年 月 日

私の今回提出したすべての臨床症例は、  
自分で手術し自分で補綴した症例であることを誓います。  
他人の施術した症例をかりたものではありません。

所 属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

印

## オルソパントモ X線写真の提出について

自己の治験例の中から申請者が公表できる症例の初診時および補綴終了3年経過後のオルソパントモ X線写真のコピーを必ずバインダーにファイリングして提出してください。

Clinical oral implantology … 20症例（合計40枚）  
Authority of implantology … 50症例（合計100枚）

### 【資料提出方法】

下記のいずれかの方法で提出願います。

- ① スキャナーで読み込み、光沢紙及び写真紙に印刷する。
- ② パントモをシャーカステンに映し、デジカメで接写して、光沢紙及び写真紙にプリントアウトする。
- ③ カラーコピー機で光沢紙及び写真紙にフルカラーコピーをする。（※モノクロコピー不可）

※提出症例は、A4用紙サイズで症例ごとにバインダーにファイリングして提出してください。

※症例ごとに「患者名(イニシャル可)」「術前・術後」を記入して下さい。

※いずれの方法でも光沢紙及び写真紙に限る。コピー紙は認めません。

※提出した資料(書類及びX線写真)は全て返却致しません。

### 提出例

バインダーにファイリング

