

○年度ケースプレゼンテーション試験
申請書

履 歴 書

氏 名	インプラント太郎		男・女	西暦	1968年 1月 1日生		
現住所	東京都港区芝4-3-5ファースト岡田ビル8階						
(西暦) 年 月 日 学 歴							
2004	4	1	○○大学歯学部歯学科入学				
2010	3	31	○○大学歯学部歯学科卒業				
2011	4	1	○○大学大学院歯学研究科入学				
2015	3	31	○○大学大学院歯学研究科修了				
職 歴							
2010	4	1	○○大学附属病院 臨床研修歯科医				
2011	3	31	同上退職（歯科医師臨床研修プログラム修了）				
2015	4	1	医療法人○○会 ○○歯科医院勤務				
2016	3	31	同上退職				
2016	6	1	△△歯科クリニック（○○県○○市）開設				
2016	6	1	△△歯科クリニック管理者（院長）就任 現在に至る				
本学会及び認定研修施設における活動							
2010	4	1	公益社団法人日本口腔インプラント学会 入会				
2013	4	1	○○研究会 入会				
免許・資格							
2010	5	24	歯科医師免許（歯科医籍登録第○○○○○○○号）				
2015	3	31	博士（歯学）（○○大学歯博甲第○○○号）				
認定講習会受講（大学系においては同等の研修を受けた）期間および研修施設名							
2016	4	1	～	2017	3	31	施設名【○○研究会】
上記の通り相違ありません。							
西暦 2023年 ○月 ○日				氏名 直筆で署名 印			

○年度ケースプレゼンテーション試験
申請書

公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設在籍証明書

インプラント太郎 殿は、西暦 2013 年 4 月 1 日
から西暦2023 年 7 月 1 日まで継続 8 年 3 カ月間
下記研修施設に在籍し研修して (いる・いた) ことを証明致し
ます。

西暦 2023 年 7 月 1 日

研修施設名 ○ ○ 研 究 会 印

研修施設長

直筆で署名

印

※所属の研修施設長に記載頂いてください。


○年度ケースプレゼンテーション試験
申請書

公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設
認定講習会等修了証明書

インプラント太郎 殿は公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設認定講習会（大学系においては認定講習会に相当する研修）を修了したことを証明致します。

西暦 2023 年 7 月 1 日

研修施設名 ○ ○ 研 究 会 

研修施設長 直筆で署名 

※所属の研修施設長に記載頂いてください。

※大学系研修施設所属の場合には、大学の公印が押された大学が発行する在籍（職）証明書が別途必要です。

患者または保護者の同意取得済み確認書

今回使用する患者情報（画像検査写真、病態写真、診療録記載内容など）について、プライバシー保護に配慮し、患者が特定されないよう十分配慮した上で使用させて頂く事について、患者または家族からインフォームドコンセントを得ています。

また、患者プライバシー保護などに関して問題が発生した場合は、わたしが責任を負うことを誓います。

西暦 2023 年 7 月 1 日

氏名（自署）インプラント太郎 印