

# 日本包括歯科臨床学会認定医試験申請書

日本包括歯科臨床学会会長 殿

西暦 年 月 日

氏名 印

所属施設

住所 〒

電話番号

E-mail :

日本包括歯科臨床学会認定医制度による認定医の資格を取得致したく、認定医審査試験に申し込みを行います。  
また必要項目の記入及び認定審査料を添えて申請致します。

(※下記必要事項の記入と□にチェックをお願い致します)

歯科医師の免許を有すること。 歯科医師免許登録番号：( )

3年以上継続して会員であること。 入会年：( )

本学会学術大会に3回以上、かつJACD例会および各支部咬合療法研究会例会に併せて3回以上参加していること。  
または認定医ポイントを100単位以上取得していること。

参加した会の名称 ( )

( )

( )

( )

( )

( )

※例：(第6回日本包括歯科臨床学会 学術大会・総会 )

※例：( 2018年 咬合療法関西支部 6月例会 )

取得ポイント：( P )

JACD例会又は各支部咬合療法例会にて発表の経験があること。  
または本学会学術大会で発表（ポスター発表含む）の経験があること。

発表した会の名称：( )

日本包括歯科臨床学会学会誌への投稿を経たものは認定医試験を免除する。

投稿した学会誌のナンバー ( )