

施設内追加研修 申請用研修記録書

矯正歯科基本・臨床研修記録

*各施設長・代表者の署名は不要となりました

日本歯科専門医機構認定 基本研修施設名		登録番号
常勤在籍期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日の 年 か月間	

基本研修施設施設長名：_____

日本矯正歯科学会 臨床研修機関名(1)		登録番号
常勤在籍期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日の 年 か月間	

臨床研修機関(1)代表者名：_____

日本矯正歯科学会 臨床研修機関名(2)		登録番号
常勤在籍期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日の 年 か月間	

臨床研修機関(2)代表者名：_____

その他研修を行った 医療機関名(1)	
常勤在籍期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日の 年 か月間

医療施設(1)代表者名：_____

その他研修を行った 医療機関名(2)	
常勤在籍期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日の 年 か月間

医療施設(2)代表者名：_____

その他研修を行った 医療機関名(3)	
常勤在籍期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日の 年 か月間

医療施設(3)代表者名：_____

上記、通算 年 か月間、矯正歯科診療に関する研修を修了。

しかし、日本歯科専門医機構認定研修施設(注1)における私の専門医研修は通算 年 か月間と**5年未満**であるため、施設内追加研修を希望します。

希望する基本研修施設	第一希望 :
	第二希望 :
	第三希望 :
研修施設が希望と 異なる場合	決定に従う · 取り下げる · 考えたい
希望する研修開始時期	年 月

(注)2025年3月現在、日本歯科専門医機構認定研修施設は基本研修施設(29大学、31施設)のみとなっています。登録番号につきましては、本会HPの認定医における研修機関一覧をご参照ください。

西暦 年 月 日

申請者氏名 : _____