

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： \_\_\_\_\_