

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	専門医機構認定 基本研修施設の名称を記載してください	登録番号 990
常勤在籍期間	西暦 2018 年 4 月 1 日～ 2019 年 12 月 31 日の 1 年 8 か月間	

基本研修施設施設長名：施設長 氏名

日本矯正歯科学会 臨床研修機関名(1)	日本矯正歯科学会 臨床研修機関の名称を記載してください	登録番号 991
常勤在籍期間	西暦 2020 年 1 月 1 日～ 2022 年 3 月 31 日の 2 年 3 か月間	

臨床研修機関(1)代表者名：代表者 氏名

日本矯正歯科学会 臨床研修機関名(2)	(複数の日本矯正歯科学会臨床研修機関に在籍された場合はこの欄に記載してください)	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)	医療機関の名称を記載してください
常勤在籍期間	西暦 2022 年 4 月 1 日～ 2024 年 3 月 31 日の 2 年 0 か月間

医療施設(1)代表者名：代表者 氏名

その他研修を行った 医療機関名(2)	(複数の医療機関に在籍された場合はこの欄に記載してください)
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)	(複数の医療機関に在籍された場合はこの欄に記載してください)
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 5 年 11 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 1 年 8 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： 選択してください
	第二希望： 選択してください
	第三希望： 選択してください
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	2025 年 4 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 2025 年 3 月 1 日

申請者氏名：申請者 氏名