

日本睡眠歯科学会の認定を申請するための履歴書

受験番号兼申請番号						写真貼付欄 正面・脱帽・上半身 4.5×3.5 cm (写真の裏面には必ず氏名を書くこと)	
(この上の欄には記入しないで下さい) 西暦 年 月 日							
(フリガナ)							
氏名							
生年月日	昭和 年 月 日生	性別	1. 男 2. 女				
医療機関 住 所 名 称 診療科名	〒						
	電 話		F A		E-mail		
					役職名		
自 宅 住 所	〒				連絡先		
					1. 自宅 2. 勤務先		
電 話		F A		E-mail			
最終学歴	出身校： 年 月 卒業				日本睡眠歯科学会 入会年月日		
学 歴	博士・修士： 年 月 大学にて取得				年 月 日入会		
医師・ 歯科医師等 の資格 (注1)	医師・歯科医師のいずれかを○印で 囲むこと。 資格取得 年 月 日			登録番号	日本睡眠歯科学会の 会員番号		
				第 号	第 号		
日本睡眠学会および他学会の認定資格等の名称				認定番号	取得年月日 (西暦年)		
日本睡眠歯科学会等による研修会の名称 (注2)				修了年 (西暦年)	開催地		

日本睡眠学会および国際睡眠学会の定期学術集会 (注3)	参加年 (西暦年)	開催地

職歴 (西暦年)	勤務期間	勤務先
	年 月～ 年 月まで	
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
睡眠障害に 関する 医療経験 (西暦年)	睡眠障害の医療に従事した期間	医療機関名
	年 月～ 年 月まで	
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		
年 月～ 年 月まで		

(注1) 該当する資格を示す免許証のコピーを添付すること。

(注2) 日本睡眠歯科学会が行う研修会(睡眠医学・技術セミナー、日本睡眠学会が後援する研修会を含む)の終了証のコピーを添付すること。

(注3) 日本睡眠歯科学会および関連する学会(表1)の定期学術集会に参加したことを示す参加証のコピーを添付すること。

(注4) 【様式2の1】と【様式2の2】をまとめて左上隅をホッチキスで綴じて下さい。

日本睡眠歯科学会 会員歴証明書

殿

貴殿は下記期間、本学会正会員であることを証明いたします。

*認定医3年，指導医6年

会 員 歴	年 月 ～ 現在	会員番号	
現在までの通算	年 月 日	年 月	

日本睡眠歯科学会 印

事務局記入 欄	年会費 完納 ・ 未納 (年度から)
	指導医申請は認定医取得3年後以上 認定医取得日 年 月 日 (年 か月以上)
	備考：

(注) 会員歴は、事務局で調査記入いたしますので氏名のみご記入ください。

姓 名		印
-----	--	---

受験番号兼申請番号

(この上の欄には記入しないで下さい)

日本睡眠歯科学会・学会認定医のための在籍（職）証明および推薦状

申請者および申請者が現に勤務している医療機関

医療機関の住所

名称および診療科名

申請者の職名

氏名

申請者が睡眠歯科医療に従事した医療機関と期間

医療機関の住所

名称および診療科名

期間 西暦 年 月より 年 月まで

上記の者は、上記の医療機関にて、記載された期間、睡眠歯科医療あるいは睡眠呼吸障害の医療に従事したことを認めるとともに、睡眠歯科医療についての幅広い知識と睡眠障害あるいは睡眠呼吸障害についての診療能力を有することを認め、日本睡眠歯科学会の学会認定医として適切であると判断し、ここに推薦します。(該当する事項を○印で囲って下さい)

西 暦 年 月 日

推薦者 日本睡眠歯科学会・指導医

(学会認定証の番号：)

医療機関の住所

名称および診療科名

職名

受験番号兼申請番号

(この上の欄には記入しないで下さい) 西暦 年 月 日

睡眠障害3症例の報告書

申請者	フリガナ	
	氏名	
	所属	

- ◎症例報告書は、各症例ごとに、【様式5の2,3,4】の順に従って、A4版の用紙3枚にパソコンを用いて記録すること。各症例報告書には症例番号(1~3)をつけ、1症例につき2000字以内にて要領よくまとめること。2000字以外に必要とする図・表を添付してもよい。その場合には、【様式4の4】に従って、A4版の用紙1枚に図・表を貼付け、それぞれの図・表に番号、タイトルおよび説明文をつけ、症例報告書の本文中の引用する部位には図・表の番号を()に入れて記入すること。また、各症例ごとに【様式5の1~4】をまとめて左上隅をホッチキスで綴じること。
- ◎異なる種類の睡眠障害3症例の規定に関しては、睡眠医療・認定委員会の認定事業実施に関する細則(症例報告書とその審査に関する事項)を参照すること。
- ◎学会認定を申請しようとする複数の者が同一の医療機関で診療を受けた同一の症例を症例報告書の症例として用いることは出来ない。また、過去に学会認定の申請に用いたことのある症例を同一の医療機関からの症例報告書の症例として再び用いることはできない。これらの点については、申請者は勿論のこと、申請のために用いる症例の診療と症例報告書作成の指導者も厳重に注意して頂きたい。
- ◎各症例についての記載事項は以下の通りとする。特に、症例のプライバシー保護に充分留意すること。症例の診断・検査・治療を行った医療機関(病院の診療科、センターあるいは診療所)の名称、症例のカルテ番号、年齢、性別、学生または職業、睡眠障害としての主訴および主症状、診断、既往症、家族歴、現病歴、心身の一般的所見のまとめ、主要な臨床検査成績、睡眠ポリグラフ検査成績のまとめ、鑑別診断、治療方法、治療効果を含めた経過。
- ◎学会ホームページに模範例(見本)を掲示するが、そのまま引用した場合は不合格と見なされる。
- ◎各症例報告書には、その症例の診療と報告書の作成を指導した指導医が指導したことを確認する署名・捺印を受けること。
- ◎各症例報告書につき、2通のコピーを含め、合計で3通を提出すること。

【様式5の2】

受験番号兼申請番号	
-----------	--

(この上の欄には記入しないで下さい)

西暦 年 月 日

症例番号	
------	--

カテゴリー	1
	2

--

【様式5の3】

症例番号	
------	--

--

上記の症例に関する診療あるいは検査および報告書作成を指導したことを確認します。
西暦 年 月 日 学会認定指導医・指導医申請者
(学会認定証の番号 :)

医療機関と診療科名および職名

氏名

印

審査員のコメント

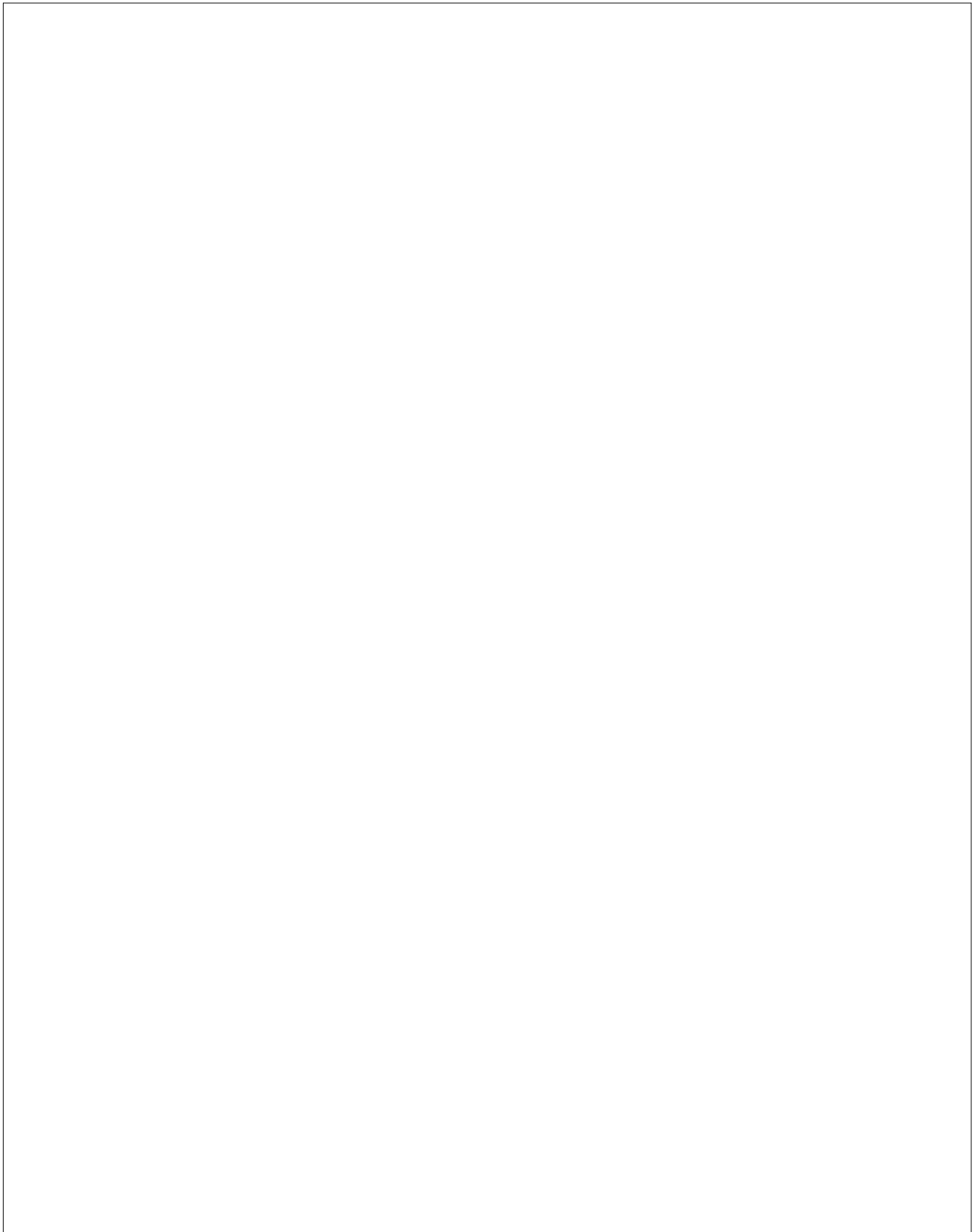
審査結果：合格、保留、不合格

担当審査員の氏名

【様式5の4】

症例番号

(図・表は下の枠内に貼付け、各図・表に番号、タイトル、説明文をつけること)



日本睡眠歯科学会

理事長

殿

私は禁煙を誓約いたします。

氏名：

①

所属：