

会 告
公益社団法人日本口腔インプラント学会
JSOI 専修医申請手続きについてのお知らせ (平成 30 年度)

会員各位

公 益 社 団 法 人
日 本 口 腔 イ ン プ ラ ン ト 学 会
理 事 長 渡 邊 文 彦
認 定 委 員 堀 田 康 記

平成 30 年度 JSOI 専修医申請受付を以下のように実施します。
申請ご希望の会員におかれましては、ホームページ掲載の JSOI 専修医制度規程をご参照の上、お申し込みください。また、5 年毎に更新も必要となります。

平成 30 年度 JSOI 専修医申請受付を以下のように実施します。

1. JSOI 専修医申請資格

- (1) 日本国歯科医師免許を有すること。
- (2) 2 年以上継続して正会員であること。
- (3) 指定の研修施設に通算して 2 年以上在籍していること。
- (4) 日本歯科医師会会員であること。
- (5) 本会学術大会及び支部学術大会に、4 回以上参加していること。
- (6) 本会の認定講習会を受講していること。
- (7) 2 年以上経過した 5 症例を提出できること。
- (8) 指導医 2 名 (内 1 名は施設長) の推薦が得られること。
- (9) ケースプレゼンテーション試験に合格していること。

2. 申請書類の入手について

公益社団法人日本口腔インプラント学会ホームページ (www.shika-implant.org/) より最新の申請用紙を入手してください。

本学会事務局：〒108-0014 東京都港区芝 4-3-5 ファースト岡田ビル 8 階
TEL：03-5765-5510 FAX：03-5765-5516

3. 平成 30 年度申請書類受付期間

平成 30 年 11 月 1 日 (木) から平成 30 年 11 月 16 日 (金) 必着

4. 審査料(¥31,000- 税込)のお振込先

*郵便局からご利用の場合(郵便局備え付の振替用紙《青色》をご利用ください)

- ・口座番号：00100-7-631793
- ・口座名：公益社団法人日本口腔インプラント学会 専修医

*銀行からご利用の場合

- ・銀行名：ゆうちょ銀行
- ・店名(カナ)：〇一九店(ゼロイチキョウ店)
- ・預金種目：当座
- ・口座番号：0631793
- ・カナ氏名(受取人名)：コウエキシャダンホウジンニホンコウクウインプラントガクカイセンシュウイ

(注) 振込書のコピーを申請用紙に必ず添付してください。

いったん納められた審査料はいかなる理由でも返却致しませんので、ご注意ください。

5. 申請書類送付先 (申請書類は必ず書留または宅配便で送付願います)

〒108-0014
東京都港区芝 4-3-5 ファースト岡田ビル 8 階
公益社団法人日本口腔インプラント学会認定委員会

※ 入会年月日、大会参加歴の問合せ：学会会員カード、学会ホームページ掲載の会員マイページ (<http://www.shika-implant.org/>) から確認ができます。

また、大会参加歴につきましても上記会員マイページから各自確認ができます。

※ 専修医申請書類に関する記載例は学会ホームページ (<http://www.shika-implant.org/certification/attestation/dl.html>) に掲載しておりますのでご確認ください。