書式1

**日本口蓋裂学会**

**口唇裂・口蓋裂認定師資格申請用紙**

**＜認定申請書＞**

　この度、日本口蓋裂学会の口唇裂・口蓋裂認定師制度の主旨ならびに規約を理解し、応募書類一式を添えて口唇裂・口蓋裂認定師（　　　　　　　　　　分野）資格審査に申請いたします。

　　会員番号　：

　　入会年月日：　　　西暦　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　入会から今回の申請までの期間：　　　　　　　年　　　　　　　か月

申請者氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　所属施設名：

　　　　　　連絡先：〒　　　　—

　　 　　　電　話：

　 　FAX：

　 E-mail：

書式2

**日本口蓋裂学会**

**口唇裂・口蓋裂認定師資格申請用紙**

**＜履 歴 書＞**

現職：

学歴/職歴

・大学等卒業から経年的に順次記載（西暦年◯月：）

・医療資格、学位、専門医など資格の取得についても記載してください。

・口唇裂・口蓋裂治療に関係する職については下線を引いてください（合計の在職期間は５年以上が必要です）。なお、該当施設での勤務実績について、各施設からの医療履歴証明書（様式３）の提出を必要とします。

資格

・医師免許・歯科医師免許・言語聴覚士免等許取得年月日/登録番号

名称　　　　　　　　　　　年　　月　　 日（番号：　　　　　　　）

・専門医、認定医など資格取得年月日/登録番号

名称　　　　　　　　　　　年　　月　　 日（番号：　　　　　　　）

・学位　施設　取得年月日

名称　　　　　　施設　　　　　年　　月　　 日（番号：　　　　　　　）

上記に相違ありません。

年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　印

書式3

**日本口蓋裂学会**

**口唇裂・口蓋裂認定師資格申請用紙**

**＜医療歴証明書＞**

認定師申請者氏名（自署）：

現職：

上記申請者は　　　　　　年　　　　　　月より　　　　　年　　　　月　までの期間、当施設において口唇裂口蓋裂治療に従事したことを証明いたします。

　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

氏名（自署）

施設名

職　位：診療科長・院長

住所

・日本口蓋裂学会　（評議員である・評議員ではない）

書式6

**日本口蓋裂学会**

**口唇裂・口蓋裂認定師資格申請用紙**

**＜学術業績目録＞**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療系雑誌、学術雑誌、あるいは著書など | | |  |  | |  | |
| 1 |  | | | | | | | |
|
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | 学会/研究会などでの発表 | | |  | |  | |  |
| 1 |  | | | | | | | |
|
| 2 |  | | | | | | | |
|

注意事項：

＊業績では、口唇裂・口蓋裂に関するものを挙げること

＊医療系雑誌、学術雑誌では、著者名、表題、雑誌名、巻、号、最初と最後のページ、発行年を記載

＊著書では、著者名、表題、編者、最初と最後のページ、発刊年、出版社、発刊都市を記載

＊発表では、演者名、表題、学会・研究会名、年月日、開催場所を記載

＊共著者、共同演者名は略さず、全員の氏名を記載

上記に相違ありません。

年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

書式7

**日本口蓋裂学会**

**口唇裂・口蓋裂認定師資格申請用紙**

**＜暫定申請用臨床実績目録＞**

申請分野：　　　　　　　　　　　　　　　　　分野

※暫定制度での申請者のみの記載になります。

1：経験症例

|  |  |
| --- | --- |
|  | 治療・診察症例数＊（概数） |
| 2019年 |  |
| 2020年 |  |
| 2021年 |  |
| 2022年 |  |
| 2023年 |  |
| 合計症例数 |  |

　　　＊口唇裂・口蓋裂の直接治療例以外の診察例や治療指導例などを含む

　　　＊5年間の治療症例数の合計が、25例以上を申請の要件とする。

2：連携体制

　ご自身が進めている他分野との連携について記入してください。

上記に相違ありません。

年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　印