（様式７）

日本頭蓋顎顔面外科学会

専門医資格更新申請書

西暦　　年　　月　　日

日本頭蓋顎顔面外科学会
専門医委員会　御中

日本頭蓋顎顔面外科学会専門医制度規則および同施行細則にもとづき
日本頭蓋顎顔面外科学会専門医の資格更新を申請いたします。

氏　名：　　署　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日本頭蓋顎顔面外科学会　会員番号：

日本頭蓋顎顔面外科学会専門医登録番号　：２０＿＿＿－＿＿＿＿ 号

同専門医資格取得日：西暦　　年　　月　　日

連絡先メールアドレス：

生年月日　：　西暦　　年　　月　　日

現住所　　：〒

所属施設名：

所属・部門：

施設所在地：〒

施設電話番号　：（　　）－（　　）－（　　）

施設 FAX 番号　：（　　）－（　　）－（　　）

（様式８）

業績目録（資格更新申請用）　西暦　　年　　月　　日

申請者氏名：

学会参加

	学会名	年月日(西暦)	点数
1			
2			
3			
4			

学会発表・セミナー受講

※1 回の更新に使用できる教育セミナー受講証は、同年度のものは 2 回分(4 点)まで

	学会名／演題名（セミナーは記載不要）	年月日(西暦)	点数
1	学会名： 演題名：		
2	学会名： 演題名：		
3	学会名： 演題名：		
4	学会名： 演題名：		
5	学会名： 演題名：		

論文

	論文名／雑誌名（書籍名）	巻：頁数（3:11-15） 書籍では頁数のみ	発行年 (西暦)	点数
1	論文名： 雑誌名：			
2	論文名： 雑誌名：			
3	論文名： 雑誌名：			
4	論文名： 雑誌名：			

※すべての業績を記入する必要はありません。

総点　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式　9）

診療実績報告書

１．診療に従事した施設

所在地：〒

施設名：

２．診療内容　（複数の施設で行った場合、それぞれ施設の報告書を記載してください。）

a）顔面骨骨折観血的整復術　（　　）件
b）顔面骨の骨切り移動術　（　　）件
c）顔面への骨・軟骨移植術　（　　）件
d）頭蓋骨形成術　（　　）件
e）頭蓋・顔面軟部組織の広範なもしくは主要部位の
　欠損,損傷，変形に対する再建手術　（　　）件
f）顔面骨格の美容外科手術　（　　）件
g）口唇口蓋裂に対する形成術　（　　）件
h）その他の顔面，耳介，頸部の先天異常に対する形成術（　　）件
i）頭蓋顔面領域の腫瘍切除術　（　　）件

以上相違ありません。

西　暦　　年　　月　　日

申請者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式11）

日本頭蓋顎顔面外科学会専門医
【更新審査用】申請書類チェックリスト

申請者氏名

申請書類チェックリストを用いて申請書類に不足が無いようご確認をお願いします。またこれを全体の表紙とし、番号順に整理してご提出ください。

□ チェック1	(様式7) 専門医資格更新申請書
□ チェック2	（様式8） 業績目録 ＊20点以上必須 ＊業績を証明するものを、様式8の順番どおりに並べて添付してください ・学会参加証（コピー可） ・教育セミナー受講証（コピー不可） ※1回の更新に使用できる教育セミナー受講証は、**同年度のものは2回分(4点)まで** ・学術集会抄録集の申請者の発表が掲載されているページのコピー ・論文の最初のページのコピーまたは掲載証明書
□ チェック3	（様式9） 診療実績報告書 ＊申請日に満65歳以上の方は提出不要
□ チェック4	日本形成外科学会認定専門医の認定証（コピー）
□ チェック5	更新審査料振込の領収書（コピー）

※審査結果の通知は、秋の学術集会の後となります。