

一般社団法人日本小児口腔外科学会  
第15回 暫定措置時研修施設の申請について

日本小児口腔外科学会は認定医制度発足にしたい（平成2009年11月22日総会承認）、第15回暫定措置時研修施設の申請を下記のごとく実施いたします。

**I. 研修施設の申請資格**

研修施設の認定を申請する施設（以下、申請施設という）は、次の各号に定めるすべての資格を要する。

- 1 小児口腔外科治療を対象とする施設であること。ただし、複数の診療科のある施設では診療科単位で申請すること。
- 2 AEDを含む救急救命器具を施設内に有すること。
- 3 研修カリキュラムに定められた小児口腔外科治療が、所定の件数以上行われていること。
- 4 本学会指導医ないしは指導医申請者が1名以上常勤していること。  
注）指導医申請と研修施設申請は同時に申請することができる
- 5 申請施設において、小児口腔外科治療全般の研修が可能であること。
- 6 教育行事の開催が恒常的に行われていること。

**II. 研修施設の申請方法（申請用紙につきましては学会HPに掲載されていますので、コピーしてご使用ください。）**

- 1 申請施設の代表者は、次の各号に定める申請書類に審査料を添えて、認定医委員会に提出しなければならない。
  - 1）研修施設認定申請書（様式13）
  - 2）指導医の在籍（職）証明書（様式15）
- 2 研修施設委員会は、必要に応じてその他の資料などの提出を求めることができる。

**III. 研修施設の認定（審査ならびに認定）**

- 1 研修施設の審査は、申請書類で行うものとする。
- 2 申請施設については、認定医委員会が研修施設としての適否を審議し、理事会に答申して承認を得るものとする。
- 3 理事会にて承認された結果は、評議員会および総会にて報告する。
- 4 この規則に定めるものの他、研修施設の資格審査ならびに認定方法などについては別に定める。

**IV. 申請料・登録料**

申請料・登録料は合わせて1万円とする。（審査にて不合格でも申請料・登録料は返金いたしません）

申請料・登録料は申請者本人名義で下記口座へお振り込みください。

銀行名：三井住友銀行 新宿西口支店

口座名：日本小児口腔外科学会

口座番号：普通預金 NO. 9159664

**V. 申請締切：2018年6月29日（消印有効）**

**VI. 申請書類郵送先：（一社）日本小児口腔外科学会事務局**

〒115-0055 東京都北区赤羽西6-31-5 （株）学術社 内

TEL：03-5924-1233 FAX：03-5924-4388