

2019 年度ケースプレゼンテーション試験  
発表症例の概要報告書

履 歴 書

氏 名	インプラント太郎		男 ・ 女	西暦	1968年	1月	1日生
現住所	東京都港区芝4-3-5ファースト岡田ビル8階						
(西暦) 年 月 日 学 歴							
2004	4	1	〇〇大学歯学部歯学科入学				
2010	3	31	〇〇大学歯学部歯学科卒業				
2011	4	1	〇〇大学大学院歯学研究科入学				
2015	3	31	〇〇大学大学院歯学研究科修了				
職 歴							
2010	4	1	〇〇大学附属病院 臨床研修歯科医				
2011	3	31	同上退職 (歯科医師臨床研修プログラム修了)				
2015	4	1	医療法人〇〇会 〇〇歯科医院勤務				
2016	3	31	同上退職				
2016	6	1	△△歯科クリニック(〇〇県〇〇市)開設				
2016	6	1	△△歯科クリニック管理者(院長)就任 現在に至る				
本学会及び認定研修施設における活動							
2010	4	1	公益社団法人日本口腔インプラント学会 入会				
2013	4	1	〇〇研究会 入会				
免許・資格							
2010	5	24	歯科医師免許 (歯科医籍登録第〇〇〇〇〇〇号)				
2015	3	31	博士(歯学) (〇〇大学歯博甲第〇〇〇号)				
認定講習会受講 (大学系においては同等の研修を受けた) 期間および研修施設名							
2016	4	1	~	2017	3	31	施設名【〇〇研究会】
上記の通り相違ありません。							
西暦 2019年 7月 1日				氏名	直筆で署名		
					印		

2019 年度ケースプレゼンテーション試験  
発表症例の概要報告書

公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設在籍証明書

インプラント太郎 殿は、西暦 2013 年 4 月 1 日  
から西暦2019 年 7 月 1 日まで継続 6 年 3 カ月間  
下記研修施設に在籍し研修して (いる・いた) ことを証明致し  
ます。

西暦 2019 年 7 月 1 日

研修施設名 ○ ○ 研 究 会 印

研修施設長 直筆で署名 印

※所属の研修施設長に記載頂いてください。

2019 年度ケースプレゼンテーション試験  
発表症例の概要報告書

公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設  
認定講習会等修了証明書

**インプラント太郎** 殿は公益社団法人日本口腔インプラント学会指定研修施設認定講習会（大学系においては認定講習会に相当する研修）を修了したことを証明致します。

西暦 2019 年 7 月 1 日

研修施設名 ○ ○ 研 究 会 印

研修施設長 直筆で署名 印

※所属の研修施設長に記載頂いてください。

※大学系研修施設所属の場合には、大学の公印が押された大学が発行する在籍（職）証明書が別途必要です。