

口腔放射線腫瘍認定医審査のお知らせ

NPO 法人 日本歯科放射線学会
理事長：浅海 淳一

口腔放射線腫瘍認定医制度は、口腔・顎顔面領域癌の放射線治療および放射線治療患者の口腔管理に関する基本的な知識と技量を有する歯科医師を育成することにより、放射線腫瘍学の発展を図り、国民の保健福祉の増進に寄与することを目的としています。

申請

NPO 法人日本歯科放射線学会事務局 認定委員会

出願期間 平成 30 年 2 月 26 日（月）～3 月 26 日（月） 必着

審査料 10,000 円

出願先 〒135-0035

東京都江東区深川 2-4-11 一ツ橋印刷（株）学会事務センター

TEL 03-5620-1953・1954

FAX 03-5620-1960

e-mail jsomr@onebridge.co.jp

教育研修ならびに認定審査（筆記試験）

期日 平成 30 年 5 月 25 日（金）16:00～18:00（変更の可能性あり）

会場 神奈川歯科大学キャンパス内

申請資格

- (1) 日本国の歯科医師免許を有し、良識ある人格を持つ者
- (2) 本学会および日本放射線腫瘍学会の正会員として 3 年以上継続した者
- (3) 別に定める研修実績、研究実績を有する者

上記、申請資格をみたした後に、口腔放射線腫瘍認定医試験に合格すること。

申請書類

- (1) 口腔放射線腫瘍認定医申請書（様式 1）

- (2) 履歴書（様式 2）
- (3) 歯科医師免許の写し
- (4) 研修証明書（様式 3）
- (5) 放射線腫瘍学に関する研究業績目録（様式 4）
- (6) 上記の業績を証明できる資料
- (7) 郵便局払込票兼受領証（写し可）
- (8) 連絡先用ラベル用紙 2 枚（2 枚ともに申請者の連絡先の住所・氏名・または勤務先の場合は所属機関の住所・機関名・部署名・氏名を明記して下さい）

注 1：審査料は〒払込用紙にて払込み、その受領証（写し可）をご同封下さい。
なお、受領証をもって、本会の領収証にかえさせていただきます。

郵便振替：払込口座番号 00110-2-759887 NPO 法人日本歯科放射線学会
備考欄に「口腔放射線腫瘍認定医審査料」と明記して下さい。

注 2：認定者には、本学会より口腔放射線腫瘍認定医証を交付致します。
以上のことに関してのお問い合わせは、書面または FAX にて下記にご連絡下さい。

お問い合わせ先

NPO 法人日本歯科放射線学会事務局 口腔放射線腫瘍認定委員会

出願先 〒135-0033

東京都江東区深川 2-4-11 一ツ橋印刷（株）学会事務センター

TEL 03-5620-1953

FAX 03-5620-1960

e-mail jsomr@onebridge.co.jp

口腔放射線腫瘍認定医関係書類のダウンロード

口腔放射線腫瘍認定医審査のお知らせ

口腔放射線腫瘍認定医申請書

口腔放射線腫瘍認定医制度に関する規則・細則