(指導医認定・申請書)

年　　月　　日

口腔がんアルミノックス治療

指導医認定申請書

日本口腔腫瘍学会

口腔がんアルミノックス治療運営委員会御中

所属機関

職名

申請者氏名

　（印または署名）

口腔がんアルミノックス治療に関し指導医の認定を受けたく、ここに申請致しますのでご審査願います。

【添付資料】

* 本治療の講習会受講修了証（写し）
* 症例一覧表

【書類提出先】

日本口腔腫瘍学会　事務局（一ツ橋印刷株式会社　学会事務センター）  
E-mail: [jsot@onebridge.co.jp](mailto:jsot@onebridge.co.jp)

(指導医認定・症例一覧表)

年　　月　　日

症例一覧表

口腔がんアルミノックス治療に関し、2例以上の施術歴が必要（治療サイクル数は問わず）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 患者識別  情報\* | 原発巣の  部位 | 口腔がん  アルミノックス治療  サイクル数 | 施術日   年/月/日（西暦） |
| 1 |  |  |  | / 　　/ |
|  | / 　　/ |
|  | / 　　 / |
|  | / 　　 / |
| 2 |  |  |  | / 　　/ |
|  | / 　　 / |
|  | /　　 / |
|  | / 　　 / |
| 3 |  |  |  | / 　　 / |
|  | / 　　 / |
|  | / 　　/ |
|  | / 　　 / |

\*患者識別情報は施術年月・年齢・性別（2024年7月／65歳／男性）などの記載としてください。ただし、個人情報に該当する情報は記載しないこと（記載してはいけない情報の例：生年月日、施設内の患者識別番号など）