

年(西暦) 月 日

報告対象期間 年 月 日～ 年 月 日

(公社) 日本補綴歯科学会 理事長 殿

研修機関名. \_\_\_\_\_.

所在地〒

TEL

責任者指名(代表指導医) \_\_\_\_\_印

項目		
A	報告年度の施設に関する変更	
有の事由		
B	報告年度における在籍専門医・指導医の異動または変更	
有の事由		
C	指導医数	名
D	専門医数	名
E	常勤歯科医師数	名
F	専門医筆記試験受験者数	名
G	専門医口頭試問受験者数	名
H	週間平均患者総数	名
I	歯科治療ユニット数	台
J	カンファランス等の実施状況	週 回
K	研修会の実施状況	回
L	日本補綴歯科学会での発表数	件
M	補綴歯科系学会での発表数	件
N	JPRへの投稿数	件
O	日本補綴歯科学会誌への投稿数	件
P	補綴歯科系雑誌への投稿数	件

新年度計画

A	新年度の指導医数	名
B	新年度の専門医数	名
C	新年度の常勤歯科医師数	名
D	新年度の専門医筆記試験受験予定者数	名
E	新年度の専門医口頭試問受験予定者数	名
F	新年度における指導医の異動または変更	
有の事由		