**2024年度　口腔顔面痛専門医（筆記試験）受験の手引き**

日本口腔顔面痛学会専門医等認定委員会

**＜受験資格＞**

卒直後研修終了後、研修機関（研修施設または準研修施設）で通算して週3日以上、3年以上臨床研修をしていること

（研修履歴は入会日以降に限り、また研修施設が認定された日以降に限ります）

**＜申請方法＞**

　作成した申請書類を、日本口腔顔面痛学会専門医等認定医委員会まで

書留またはレターパックプラスを使用し、お送りください。

送付先：　〒135-0033　東京都江東区深川2-4-11

一ツ橋印刷株式会社学会事務センター内

日本口腔顔面痛学会　専門医等認定医委員会

申請期限：2024年3月29日（消印有効）

試験予定日時：2024年5月26日（日曜日） 9時30分から開始予定

試験予定会場：慶應義塾大学信濃町キャンパス（東京都新宿区信濃町35番地）

申請書類：

申請書類は郵便事故等に備え、必ずコピーを手許に残しておいてください。

1. 受験申請書兼研修証明書（様式１），必要に応じて研修証明書（複数施設）（様式２）

　 ※単一施設の研修の場合は様式２の作成は必要ありません。

自著署名以外はワープロ等で電子的にご記入いただいても構いません

**＜受験料＞**

　口腔顔面痛専門医（筆記試験）の受験申請料は3万円です。

予備審査ののちに振込先口座をご案内いたしますので、速やかにお支払いください。なお振り込まれた受験申請料はいかなる理由があろうと返却できませんのでご注意ください。また年会費の未納があれば申請前にお支払いをお済ませください。

**＜筆記試験合格後の手続き＞**

筆記試験合格者は、翌年の専門医試験（口頭試問試験）を受験できますが、受験要件があります。特に論文等が不足しないようにご準備ください。

**＜専門医申請資格＞**

１) 日本国歯科医師または医師の免許を有すること

２) 日本口腔顔面痛学会専門医「筆記」試験に合格し、合格証の有効期限内（合格後10年目の年度末まで）であること

３) 5年以上、継続して正会員または準会員であること

４）疼痛に関する論文(症例報告を含む)、総説、解説、教科書など(以下、論文等)を主著者として 2 編以上発表していること。ただしうち1編は日本口腔顔面痛学会雑誌で、10 年以内に印刷公表あるいは掲載証明書を取得したものでなければならない。

５) 日本口腔顔面痛学会学術集会に3回以上出席していること

６）研修施設での研修には、三叉神経痛10例、神経障害性疼痛10例、筋筋膜性疼痛10例の診断および治療を含むこと。ただし認定医は三叉神経痛３例、神経障害性疼痛３例、筋筋膜性疼痛３例でよい。また準研修機関での研修履歴を含む場合、前記の症例とは別に研修機関あるいは準研修機関での三叉神経痛１例、神経障害性疼痛１例、筋筋膜性疼痛１例の詳細な症例報告と指導医による指導内容報告書を添付すること。研修には所属する研修施設の代表指導医の指示により行った研修施設外医療機関での研修症例も認める。この場合、研修施設外医療機関では当該分野の専門医（日本歯科医学会もしくは日本医学会所属の学会専門医)が指導しなければならない。

　　研修施設が施設認定される前の症例、あるいは入会日以前の症例は認められない。

７）AHAのBLSコースを受講していること

８）本学会主催の診断実習セミナー（非歯原性歯痛診断実習セミナー、または、口腔顔面痛診断実習セミナー、口腔顔面痛臨床推論実習セミナー）を受講していること。

９）精密触覚機能検査研修協議会が実施する精密触覚機能検査研修会を受講していること。

10）別表1の研修単位を有していること

別表1

解剖生理分野 1単位以上

病理薬理分野 1単位以上

口腔外科分野 1単位以上

歯科補綴分野 1単位以上

歯科保存分野 1単位以上

ペインクリニック分野 1単位以上

精神医療・心療内科・心理分野 3 単位以上

総合分野 単位数不問

上記合計で 20 単位以上。申請の日から遡って 5 年以内に受講したものに限る。

　日本歯科医学会あるいは日本医学会所属学会の専門医所持者は、関連する分野（１つに限る）について5単位が付与される（複数の専門医資格を有していても5単位のみ）。

基準を満たした者に対し、口頭試問を行う。口頭試問は口腔顔面痛専門医としてふさわしい知識、技術、専門能力および高貴な人格を備えているかを判断する。

様式１

**口腔顔面痛専門医試験（筆記試験）　受験申請書　兼　研修証明書**

住所：

氏名：

和暦生年月日：

メールアドレス：

日本口腔顔面痛学会　口腔顔面痛専門医試験（筆記試験）を受験いたしたく、申請いたします。

年　　月　　日

日本口腔顔面痛学会会員番号：

受験者自著署名：

**研修証明書**

上記のものは研修機関で通算して週3日以上、3年以上臨床研修をしていることを証明する。

年　　月　　日

認定研修機関名

（　研修施設　・　準研修施設　）いずれかに〇をしてください。

代表指導医自著署名

注・住所は受験関係の書類が届くところをお書きください。

　　ご提出いただいた個人情報は専門試験に必要な限りにおいて利用します。

　・複数の施設で研修された場合は、それぞれの研修施設に研修期間を明記した

様式2：研修証明書（複数施設）の作成を依頼してください。

様式2

**研修証明書（複数施設）**

受験者氏名：

上記のものは当研修機関で臨床研修を行ったことを証明する。

年　　月　　日

認定研修機関名

（　研修施設　・　準研修施設　）いずれかに〇をしてください。

研修期間：　　　　年　月　日〜　　　　年　月　日

代表指導医自著署名