

①	受付	No.	平成	年	月	日	会長 承認印	印	副会長 承認印	印
---	----	-----	----	---	---	---	-----------	---	------------	---

日本 Bi-Digital O-Ring Test
協会認定専門資格制度による認定資格申請書

年度
(平成 年 月 日)

日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会 御中

日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会に規定する
認定医の認定を受けたく申請をいたします。

記

写真
(2.4cm×
3.0cm)

ふりがな

申請者氏名

印 (男・女)

生年月日

明治 大正 昭和

年 月 日生

(才)

現住所 〒

TEL:

勤務先名

勤務先住所 〒

TEL:

役職名

日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会入会年月

年 月 日

医療関係ライセンス

医師 歯科医師 鍼灸師 その他

最高学位名 大学名

講座名

年 月(卒・終了)教授名

博士取得 大学名

講座名

教授名

博士開始

年 月 日

博士取得日

年 月 日

推薦者(協会役員で推薦書
記載者 2 名の氏名)

②

主 要 履 歴 書

写 真
(2.4cm×
3.0cm)

1. 氏名 _____ (印) 2. 性別 男・女 _____

3. 生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日生 4. 年齢 歳

5. 現住所 〒 _____ TEL () _____

6. 連絡先 〒 _____ TEL () _____

7. 学歴・職歴

年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____

8. 他学会及び研究会の会員歴

年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____
年 月 _____

9. 賞 罰

年 月 _____
年 月 _____
(理由) _____

③

免許書のコピー

④ Bi-Digital O-Ring Test 研修証明書

研修者氏名

1) 研修項目別研修時間

Bi-Digital O-Ring Test セミナー・ワークショップ（本協会主催）

時間

日本 Bi-Digital O-Ring Test 医学会・国際シンポジウム

時間

International Symposium on Acupuncture.
& Electro-Therapeutics in New York

時間

Seminar & Workshop by Dr.Omura in New York

時間

Bi-Digital O-Ring Test 小研究会（本協会主催）

時間

2) 大村恵昭教授患者診察による研修時間

時間

3) 指導施設研修による研修時間

研修 年 月 日

時間

研修時間合計

時間

創始者による研修は、実動時間をそのまま算定するが、創始者以外の協会主催研修は実動時間の 1/2 として算定する。

日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会 平成 年 月 日

協会会長氏名 印

協会副会長氏名 印

⑤₁ Bi-Digital O-Ring Test 認定資格申請のための診療記録

(注：施設全体ではなく、申請者個人の検査回数を記入)

	過去 4 年間	そのうち最近 1 年間
総 診 療 者 数	_____ 例	_____ 例
Bi-Digital O-Ring Test による診療者数	_____ 例	_____ 例
ORT イメージング診療者数	_____ 例	_____ 例

対象患者のジャンル別頻度(患者の種類を多い順にジャンル別で5つ書き、割合(%)も示すこと)

1. _____ (%)	2. _____ (%)	3. _____ (%)	4. _____ (%)	5. _____ (%)
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

診断例	患者のイニシャル	性別	年齢 (初診時)	診 断 名
症例 1		男・女	_____ 才	
症例 2			_____ 才	
症例 3			_____ 才	
症例 4			_____ 才	
症例 5			_____ 才	

Bi-Digital O-Ring Test に関する診療実績は上記の通りです。

平成 年 月 日

申請者 氏 名 _____

所 属 _____

⑤₂ 症例報告（１・２・３・４・５）

（診察記録記載の症例番号に○印）

ふりがな 患者名	(男・女)	ORT 診察写真
生年月日	年 月 日生 (才:診察日の年齢)	
診察日	年 月 日	
同 意	口頭 ・ 文書	
臨床診断名 (診断方法)		
主 訴		
既往歴		
家族歴		
現病歴		
検査結果		
経 過		
ORT 診療が有効であったと考えられる主治医のコメント		

⑥ 受 験 票

受験番号

バイ・デジタル 0-リングテスト
協会認定医師試験

受験者氏名

印

日本バイ・デジタル 0-リングテスト協会
(協会の印なき場合は無効)

印

写 真
(2.4cm×
3.0cm)

⑥ 受 験 票

受験番号

バイ・デジタル 0-リングテスト
協会認定歯科医師試験

受験者氏名

印

日本バイ・デジタル 0-リングテスト協会
(協会の印なき場合は無効)

印

写 真
(2.4cm×
3.0cm)

⑥ 受 験 票

受験番号

バイ・デジタル 0-リングテスト
協会認定鍼灸師試験

受験者氏名

印

日本バイ・デジタル 0-リングテスト協会
(協会の印なき場合は無効)

印

写 真
(2.4cm×
3.0cm)

⑥ 受 験 票

受験番号

バイ・デジタル 0-リングテスト
協会薬剤師試験

受験者氏名

印

写 真
(2.4cm×
3.0cm)

日本バイ・デジタル 0-リングテスト協会
(協会の印なき場合は無効)

印

⑦

推 薦 状

被 推 薦 者 氏 名 _____ (印)

上記の者を日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会（認定・専門・指導）のための受験資
受験格として推薦いたします。

（創始者及び協会役員の中から 2 名の推薦を受けること）

推 薦 者 氏 名（本協会役員） _____ (印)

所 属 _____

役 職 名 _____

推 薦 理 由

推 薦 者 氏 名（本協会役員） _____ (印)

所 属 _____

役 職 名 _____

推 薦 理 由