

①

受付

No.

平成

年

月

日

運営委員長

承認印

印

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昇段申請書

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
認定医昇段申請をいたします。

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

日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会認定医取得年月

年

月

段

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

日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会 会員歴
// 認定医歴

年間
年間

③

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。前回認定試験より 20 時間以上の受講と症例報告 5 例が必要。

日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

運営委員長氏名 _____ 印

協会会長氏名 _____ 印

④ 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		

日本 Bi-Digital O-Ring Test 協会へ入会させた人のリスト

氏 名	所属機関	入会年月日

Acupuncture & Electrotherapeutics Res., Int.J.へ投稿した論文のリスト

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦