**한국임상교정치과의사회**

**The Korean Society of Orthodontists**

**입 회 요 강**

저희 **한국임상교정치과의사회**(KSO)에 관심을 가져 주셔서 대단히 감사합니다. 저희 KSO는 1991년 설립된 모임으로서 교정치료에 있어서 최선의 치료를 위하여 끊임없이 연구와 노력을 하는 교정치료 만을 전문적으로 하는 교정의사들의 모임입니다. 저희 KSO의 입회요강은 아래와 같습니다.

**KSO 회원 자격 요건**

1. 본 회의 준회원은 다음 각 호의 하나에 해당하는 사람으로서, 이사회의 승인을 거쳐 자격을 얻는다.

(1) 2008년 이전에 대한치과교정학회에서 인정하는 국내수련기관에서 치과교정학 수련과정을 이수한 사람

(2) 2008년도 및 이후에 치과교정학 수련과정을 마친 치과의사로서 치과전문의 자격을 가진 사람

(3) 치과의사로서 이사회가 인정하는 외국의 의료기관에서 치과교정학 수련과정을 이수한 사람

2. 치과교정학에 국한된 진료를 시행(practice limited to orthodontics)해야 한다.

3. 본 회의 정회원 2인의 추천을 받아야 한다.

4. 상기의 요건을 만족하는 자 중 KSO의 이사회 심의와 의결을 통과한 자에게 KSO 준회 원 자격을 부여한다.

**제 출 서 류**

1. 입회원서 1부

2. 본인 소개서 1부

3. 추천서 (정회원 2명)

4. 서약서 1부

5. 치과대학 졸업증명서 사본 1부 (A4로 축소)

6. 최종학력증명서 사본 1부 (A4로 축소)

7. 수련과정 수료증 사본 1부 (A4로 축소)

8. 전문의 자격증 사본 1부 (2008년 혹은 그 이후 치과교정과 수련자, A4로 축소)

※ 제출하신 서류는 반납되지 않습니다.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **한국임상교정치과의사회( KSO )**  **The Korean Society of Orthodontists** | | | | | | | | | | |
| 성 명 | (한글) | | 생년월일 | | | 년 월 일(양.음) | | | | 사  진 |
| (한자) | | 주민번호 | | |  | | | |
| (영자) | | | | | 면허번호 | | |  |
| 근무처 | (치과명) | | | | | | | | |
| (Tel) | | | | (Fax) | | | | |
| (주소) (우 ) | | | | | | | | | |
| (e-mail) | | | | (Homepage) | | | | | |
| 자 택 | (주소) (우 ) | | | | | | | | | |
| (Tel) | | | | | | | (HP) | | |
| 학 력 | 학 위 명 | | | 학 교 | | | | | | 취득 년 월 일 |
| 치의학 학사 | | |  | | | | | |  |
| 석사 ( ) | | |  | | | | | |  |
| 박사 ( ) | | |  | | | | | |  |
| 수 련 | 전공과목 | | | 기 관 명 | | | | | | 기 간 |
| 과 | | |  | | | | | | . . .  ～ . . . |
| 과 | | |  | | | | | | . . .  ～ . . . |
| 주 요 경 력 |  | | | | | | | | | . . .  ～ . . . |
|  | | | | | | | | | . . .  ～ . . . |
|  | | | | | | | | | . . .  ～ . . . |
|  | | | | | | | | | . . .  ～ . . . |
| 취 업 상 태 | 단독개원의, 공동개원의, 취직, 교직, 공중보건의, 기타( ) | | | | | | | | | |
| 입 회 년 월 | 20 년 월 | 이사회 인준일 | | | | | 20 년 월 일 (정기 / 임시) | | | |

**The Korean Society of Orthodontists**

**한 국 임 상 교 정 치 과 의 사 회**

한국임상교정치과의사회(KSO)는 교정학을 사랑하며 교정진료를 천직으로 여기는 교정의사들의 모임입니다. KSO회원 모두는 환자에게 최선의 진료를 제공하기 위하여 끊임없는 연구와 노력을 기울임으로써 전문인으로서의 자질과 실력을 함양할 수 있도록 전력을 기울여야 합니다.

본회는 교정치료만을 전문적으로 시행하는 교정치과의사에게만 입회를 허락하며, 입회 후 5년 이내에 KSO인준위원회에서 정한 증례 시험을 통해 정회원 인준을 받아야 합니다. 정해진 기한 내에 정회원 인준을 받지 못하면 회원 자격을 상실하게 됨을 알려 드리며 다음의 서약서를 작성하여 주시기 부탁 드립니다.

**서 약 서**

본인, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_는 한국임상교정치과의사회(KSO)의 목적과 취지를 충분히 이해하였습니다. 본인의 진료는 교정치료에만 한정될 것이며, KSO의 회원으로서 회칙을 준수할 것을 서약합니다. 만일 회원으로서의 의무를 불이행하거나 본회의 정관과 회칙에 반하여 품위를 손상시킬 경우, 회원자격 상실 등 어떠한 제재 조치도 감수할 것임을 서약합니다.

회원성명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

날 짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**본 인 소 개 서**

- 본인 소개 및 입회 희망에 관한 소견 -

위와 같이 한국 임상교정치과의사회 가입을 희망합니다.

20 년 월 일

이름 :

서명 :

**한국 임상교정치과의사회 귀하**