令和４年度 歯科衛生士リワーク・キャリアアップ研修会受講申込書

長崎県歯科医師会（FAX：095-846-0175）　行

**【申込期限】９月２２日（木曜）までにお申込み下さい。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | （ふりがな） | 年齢  才 |
| 自宅住所 | （〒　　　　－　　　　　　） | |
| 電話番号 | ※日程変更等、ご連絡をする場合があります。  　　　　　－　　　　　－　　　　　　（　　自宅　　・　　携帯　　・　　勤務先　　） | |
| E-Mail |  | |
| 就業状況 | いずれかに○をつけて下さい。  ・現　　職　　⇒（勤務先診療所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・未 就 業  ⇒（離職期間：約　　　　　年）  ※現職以外の方は離職期間をご記入ください  ・就職予定 | |
| 実務経験年数 | 年（ 現職でない方もご記入ください。） | |
| 出身校 | ・長崎歯科衛生士専門学校　　　・九州文化学園歯科衛生士学院  ・長崎医療技術専門学校　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 卒業年 | 昭和・平成・令和　　　　　　　年 | |
| 持参物 | ※滅菌済みで持参いただける器具がございましたら、〇をつけて下さい。  ・プローブ(WHO以外)：（ **持参できる**　　　　　**持参できない** ）  ・手用スケーラー（持参いただける番号に○を付けてください。）  （シックル　 ：№ 5,　33,　6,　7　）  （キュレット　：№　 5,　6,　7,　8,　11,　12,　13,　14　）  ※使用したいものがあれば持参してください。 | |
| 不安なこと |  | |
| 学びたいこと |  | |

※希望される受講日に○を付けてください。詳細は前ページをご参照ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望日に○ | 項 目 | 開 催 日 | 内　容 |
|  | 研修１ | **10月22日（土）** | オリエンテーション、歯周病について、歯周検査 |
|  | 研修２ | **11月26日（土）** | 超音波スケーリング、PMTC |
|  | 研修３ | **12月17日（土）** | SRP、シャープニング |
|  | 研修４ | **1月14日（土）** | 印象採得、TeC作製、セメント練和（除去） |
|  | 研修５ | **2月18日（土）** | 訪問診療（口腔ケアなど）、口腔内写真 |

※E-mail（nda.rework@gmail.com）にてお申込みの場合、様式は問いませんが、上記の項目を満たす

内容を記載の上、お申込いただきますようお願いいたします。