

令和元年度 歯科衛生士復職支援研修会
受講申込書

長崎県歯科医師会 (FAX : 095-846-0175) 行

【申込期限】 10月31日(木曜)までにお申込み下さい。

（ふりがな） 氏名			
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 ・ 就職予定 ・ 未就業	離職期間	（現職以外の方は記入下さい。） 約 年
出身校	○を付けてください。 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（ ）		
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、○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） ・手用スクレーパー（持参いただける番号に○を付けてください。） （シickle : No. 5, 33, 6, 7） （キュレット : No. 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14）		
その他	※質問等ございましたら、ご記入下さい。		

※希望される受講日に○を付けてください。詳細は左ページをご参照ください。

希望日に○	項目	開催日	内容
	①	11月16日(土)	・オリエンテーション
	②	12月7日(土)	・歯周検査
	③	1月11日(土)	・超音波スクレーピング
	④	2月8日(土)	・ハンドスクレーピング・シャープニング
	⑤	2月22日(土)	・第1回～第4回の実習の確認

※E-mail (office@nda.or.jp)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、お申込みいただきますようお願いいたします。