

平成 30 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】 8月31日（金曜）までにお申込み下さい。

(ふりがな)			
氏名			
自宅住所	(〒 -)		
電話番号		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 :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	10月6日(土)	・オリエンテーション ・TeC作成
	②	11月10日(土)	・口腔内写真撮影
	③	12月1日(土)	・セメント練和(練和実習) ・印象採得(相互実習)
	④	1月12日(土)	・歯周検査(模型・模擬患者実習) ・スケーリング(模型・模擬患者実習)

※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。