

# 令和2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】 12月28日(月)までにお申込み下さい。**

(ふりがな) 氏名			年齢	才
自宅住所	(〒 - )			
電話番号	※日程変更等、ご連絡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 ※現職の方は勤務先の診療所名をご記入下さい 診療所名 :	離職期間	※現職以外の方は ご記入下さい 約 年	
出身校	出身学校に○を付け、卒業年をご記入下さい 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 ( ) 卒業年 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、○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 ) ・顎模型 : ( 持参できる 持参できない )			

※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回目	2月13日(土)	・歯周検査、スケーリング、PMTC
	2回目	3月6日(土)	・TeC作製、口腔内写真撮影 等 ※上記以外で、要望が多かった項目を実施予定。 ご要望に応じられますので、下記にご記入下さい。
<b>※希望する研修内容をご記入下さい。(2回目3月6日(土)に実施予定)</b>			

※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。