

# 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)<br>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。<br>( 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。)<br>現職 ・ 就職予定 ・ 未就業<br>※現職の方は勤務先の診療所名をご記入下さい<br>診療所名 :  | 離職期間 | ※現職以外の方は<br>ご記入下さい<br>約 年 |   |
| 出身校          | 出身学校に○を付け、卒業年をご記入下さい<br>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<br>その他 ( )<br>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。<br>・プローブ(WHO以外) : ( 持参できる 持参できない )<br>・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。)<br>(シクル : No. 5, 33, 6, 7 )<br>(キュレット : No. 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14 )<br>・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<br>※上記以外で、要望が多かった項目を実施予定。<br>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。