

**平成30年度  
歯科衛生士復職支援研修会実施要領**

1. 目的

歯科臨床の現場を離れている歯科衛生士に対し、復職に向けて必要な知識と技術を付与し、実技を体験する機会を与えることで、歯科衛生士としての復職・再就業を支援する

2. 実施主体

福島県歯科医師会

3. 開催日時・会場

日時 平成31年1月20日(日) 9:00~16:00

会場 福島医療専門学校 歯科衛生士科(郡山市並木三丁目2-23)

4. 受講対象者

歯科衛生士免許を持ち、歯科臨床等において現在未就業の者またはスキルの再確認を希望する者

5. 日程

9:10~12:00	講義
(9:10~10:00)	「Scaling、RootPlaningの要点」 郷野目かおる歯科クリニック 齋藤 薫 先生
(10:10~11:00)	「歯科衛生士の現状と展望」 福島県歯科衛生士会 監事 菅野 洋子 先生 (日本歯科衛生士会認定歯科衛生士)
(11:10~12:00)	「ライフステージ別の歯科保健指導」 福島県歯科衛生士会 監事 菅野 洋子 先生 (日本歯科衛生士会認定歯科衛生士)
—休憩—	
13:00~15:30	実習 ・診療補助実習:各種印象材、セメント練和等 ・予防処置実習:歯石除去等
15:40~16:00	質疑応答・総括

6. 参加申込み方法

別紙「参加申込書」により、平成30年12月28日までに福島県歯科医師会宛て郵送またはファックスにて申込み(申込受理後、研修会開催日までに本会から受講決定通知書を送付)

7. 参加料

無料(ただし、参加者の交通費、食費等は自己負担とする)

8. 受講申込の取消し

申込後、何等かの事情で欠席する場合には、その旨を本会(TEL024-523-3266)に連絡すること

平成30年度

## 歯科衛生士復職支援研修会 参加申込書

(申込締切：12/28)

福島県歯科医師会 行き (郵送またはFAX)

(フリガナ) 氏名	
住所	〒
電話番号	
出身養成校	
歯科衛生士 経験年数	年 カ月
離職後経過年数 (離職されている方のみ)	年 カ月
本研修会への 参加回数	(該当するものに○) 初めて ・ 2回目 ・ 3回目
歯科衛生士会 所属の有無	有 ・ 無

[送付先・連絡先]

〒960-8105 福島市仲間町6番6号  
福島県歯科医師会 復職支援事務局 担当者：齋藤  
TEL 024-523-3266 FAX 024-524-1323

- ※ 参加申込書受理後、本会より「受講決定通知書」をお送りいたします。万が一、研修会開催日までに通知が届かない場合にはご連絡ください。
- ※ 申込後、何等かの事情で欠席する場合には、その旨を本会までご連絡ください。