

平成 28 度 第 3 回 学術研修会のお知らせ

今回の第 3 回学術研修会では、歯科医院に来院する様々な障害を待たれている患者さんの歯周治療を中心に、東京都立心身障害者口腔保健センター診療部治療室長の関野 仁先生と歯科衛生士主任の笹川百吏子先生に下記の内容でご講演をいただきます。多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

記

1. 日 時： 平成 28 年 10 月 30 日（日） 10 時 00 分～15 時 00 分（受付 9 時 30 分～）
2. 会 場： 昭和大学病院 入院棟 地下1階 臨床講堂（品川区旗の台1-5-8）
3. 内 容： 午前『スペシャルニーズのある人への歯周治療の基礎知識』
講師：関野 仁先生（東京都立心身障害者口腔保健センター 診療部 治療室長）
午後『スペシャルニーズのある人への歯周治療の実際』
講師：笹川百吏子先生（東京都立心身障害者口腔保健センター歯科衛生士主任）

単位申請予定のプログラム内容（4 単位：1 単位 60 分）

A 臨床研修コース a 歯周治療の基本技術		
午前	I 総論 C 歯周治療の基本的な流れと進め方	1 単位
	VI 歯周治療の補助に必要な知識と技術 A 歯周基本治療について	1 単位
午後	VII SPT・メインテナンスに必要な知識と技術	
	A SPT・メインテナンスの移行について	1 単位
	B SPT・メインテナンスの実際	1 単位

※ 日本歯科衛生士会生涯研修制度「認定更新生涯研修」へ単位申請予定

4. 会 費： 当会会員 ¥3,200 他府県会員 ¥4,300 会員外 ¥10,800
5. 定 員： 150 名
6. 申し込み方法：下記の事項を記入の上、申込期間内にお申込下さい。連名での申込みや、記載事項不備の場合は受付できません。申し込み方法はフレッシュアップセミナーと異なります。ご注意ください。
 - ① 申込み用紙に必要な事項を記入・返信封筒用（当会で用意します）の宛名用紙に本人住所氏名を記入
 - ② 82 円切手を用意
 - ③ ①の切り離した宛名用紙と②の 82 円切手を同封し、封書にて申込み先に郵送してください。
7. 申し込み期間：平成 28 年 8 月 10 日（水）～ 10 月 17 日（月） 必着
 - ・お申込み後に、受講証・振込取扱票（会費用）・会場の案内等を当会の封筒で返送致し
 - ますので、お手元に届き次第ご確認ください。
 - ・申し込みは先着順です。期間内でも定員になり次第お断りする場合がございますのでご承知おきください。
 - ・ご不明な点がございましたら当会事務局までご連絡ください。

第3回 学術研修会 参加申し込み用紙

<キャンセル待ち>

・希望する

・希望しない

<認定更新生涯研修単位証明書>

・希望する

・希望しない

*認定分野 A の認定を取得された歯科衛生士の更新単位です

(ふりがな)

氏 名

連絡先 (〒・住所)

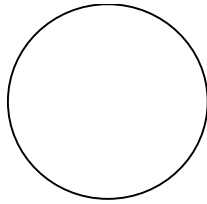
電話番号 (連絡が可能な番号でお願いします)

所属衛生士会 (該当する番号に○を付け、必要事項をご記入下さい)

1. 東京都 (_____ ブロック 会員番号 _____)
2. 他府県 (_____ 衛生士会 会員番号 _____)
3. 会員外 (・ 歯科衛生士 ・ その他 : <職種 _____ >)

事務局記入欄(日付)

事務局記入欄 (受付番号)



きりとり

- ① 申込み用紙を切り離し、必要事項を記入
- ② 宛名用紙に本人住所氏名を記入
- ③ 82円切手を用意
- ④ ①+②+③ を同封し、封書にて下記の申込み先に郵送してください。返信用封筒は不要です。

<申込み先> 〒113-0033 東京都文京区本郷 2-21-3-4F

公益社団法人東京都歯科衛生士会 第3回 学術研修会(10/30)係

住所・氏名を記入し、切り取って同封して下さい

お申込みの封筒に切り取ってお使い下さい

宛名用紙

〒

(住所)

(氏名)

様

〒113-0033

東京都文京区本郷 2-21-3-4F

公益社団法人 東京都歯科衛生士会
第3回 学術研修会 (10/30)係