

# 障害者歯科個別研修会

## 【フォローアップコース】申込書

記入日：平成 年 月 日

1 氏名・ふりがな			
2 職種	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	
3 所属	所属歯科医師会： 勤務先名称：		
	勤務先住所： 〒		
	連絡先住所(上記と異なる場合のみ記入)： 〒		
	勤務先電話番号： 連絡先電話番号(上記と異なる場合のみ記入)：		
4 アドバンスコース受講年	平成	年度 第	回 修了
5 希望日	初回：第1希望：平成 年 月 日 ( 曜日) 第2希望：平成 年 月 日 ( 曜日) 2回目：第1希望：平成 年 月 日 ( 曜日) 第2希望：平成 年 月 日 ( 曜日)		
6 研修に対する要望等	<p>① 今回の研修でどのようなことを学びたいですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内診査    <input type="checkbox"/> 歯科治療    <input type="checkbox"/> トレーニング</p> <p><input type="checkbox"/> 全身管理    <input type="checkbox"/> 歯科診療補助    <input type="checkbox"/> 歯科予防処置</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔保健指導    <input type="checkbox"/> 定期健診    <input type="checkbox"/> 歯周病管理</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>② 特に希望する疾患はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 知的能力障害    <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症    <input type="checkbox"/> Down 症</p> <p><input type="checkbox"/> 脳性麻痺    <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>③ 今回の研修に対する要望等、具体的にご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">*アポイント状況等により、必ずしも要望に応えられない場合があります。 予めご了承ください。</p>		