

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：20 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：20 年 月 日 (曜日)		
	第2希望：20 年 月 日 (曜日)		
	2回目：第1希望：20 年 月 日 (曜日)		
	第2希望：20 年 月 日 (曜日)		
6 研修に対する要望等	① 今回の研修でどのようなことを学びたいですか？ <input type="checkbox"/> 口腔内診査 <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> トレーニング <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 <input type="checkbox"/> 口腔保健指導 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 歯周病管理 <input type="checkbox"/> その他()		
	② 特に希望する疾患はありますか？ <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 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> その他()		
	③ 今回の研修に対する要望等、具体的にご記入ください。		
*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。			