

令和元年度 福島県歯科医師会歯科助手認定講習受講生募集要項（高校生対象）

（目的）福島県歯科医師会歯科助手認定講習は、歯科医療に従事する者および従事を希望する者に必要な知識及び技能の訓練を付与することで資質の向上を図り、円滑な歯科医療体制の構築に寄与することを目的に、次の要領により本年度受講生を募集する。

1、受講資格

講習所に入所できる者は、次の各項に該当する者とする。

①本講習所で定めた募集対象高校の第2学年および第3学年に在学中の者。

2、訓練基準

日本歯科医師会歯科助手資格認定規程乙種第2 歯科助手（主として事務的）に準ずる。

3、認 定

①講習会終了後、講習所長より修得証書を授与する。

②日本歯科医師会歯科助手資格認定証・乙種第2を交付する。（日歯における私的資格）

但し、欠席等の理由で訓練基準に満たない場合には、認定の申請ができない場合があります

4、募集定員（定員になり次第、申込みを締め切ります）

①福島会場 25名 ②郡山会場 30名 ③会津若松会場 10名

5、開催地及び講習日

【開催地】

①福 島 会場 （福島市仲間町6-6 福島県歯科医師会館）

②郡 山 会場 （郡山市朝日二丁目15-1 郡山市保健所 ほか）

③会津若松 会場 （会津若松市河東町谷沢字前田21-2 会津医療センター ほか）

【講習日】 別紙「実施表」参照 ※福島県歯科医師会ホームページにも掲載します

6、受講経費 5,000円（受講料・テキスト代・傷害保険料を含む）

7、申込方法

①別紙「受講申込書」を次の宛先に郵送 ※6月10日（月）必着

【宛 先】〒960-8105 福島市仲間町6番6号 福島県歯科医師会歯科助手認定講習所

※書式は福島県歯科医師会ホームページからもダウンロードできます

②受講経費を次の振込先に受講者本人名で銀行振込 ※6月10日（月）必着

【振込先】東邦銀行本店 普通預金 No.3736786

（名義）^{シャ）}公益社団法人^{フクシマケン シ カイ シ カイ シ カ}福島県歯科医師会^カ歯科助手認定講習所^{ジョ}

（注）受講決定後ならびに中途退所者の経費は返還いたしません。

8、受講者の選考及び決定通知

講習所長は関係者と協議し選考の上、その結果を通知する。