

「実施表」は、5/16発送の書類をご確認ください。

福 歯 発 第 6 5 号  
令和元年5月16日

各 会 員 様

公益社団法人 福島県歯科医師会  
会 長 海 野 仁



### 歯科助手認定講習受講生募集について

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、標記について本年度は、福島・郡山・いわき・会津若松の4会場で実施すべく準備を進めております。

つきましては、貴院に受講希望者がおられます場合は、別紙募集要項により受講方についてご高配いただきたくお願い申し上げます。

なお、**締切後（受講決定後）の申込みや変更、途中退所者の受講料返金はいたしません**のでお申込みの際にはご注意ください

また、福島会場・郡山会場・会津若松会場では、高校生受講者をあわせて募集しておりますのでご承知願います。

### 記

#### [ 別添 ]

- 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 ※本通知裏面
- 受講申込書
- 令和元年度 歯科助手認定講習会実施表（福島会場・郡山会場・いわき会場・会津若松会場）

#### [ 留意事項 ]

- ・ 実施表は今後受講するにあたり必要なものですので大切に保管願います。
- ・ **会場により募集定員を設けております**ので募集要項にてご確認ください。
- ・ **過去に受講された方の再受講も受け付けます**ので、ぜひご参加ください。
- ・ 各行事日程に配慮し講習スケジュールを作成しておりますので、運営背景をご理解のうえご参加いただきますようお願いいたします。

## 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

(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学校教育法（昭和22年法律第26号）による高等学校を卒業した者、またはこれに準ずる学力を有すると認められる者で福島県歯科医師会会員の歯科医療機関（病院・歯科医院・診療所）に現に勤務しているか勤務が予定されている者。
- ②その他講習所長が入所を認めた者。

### 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、開催地及び講習日

（開催地） 福島・郡山・いわき・会津若松 （講習日） 別紙「実施表」参照

※各会場10名に満たない場合は、開催できない場合があります。（その場合、受講料は返金いたします）

**※会場の設営上、郡山会場の募集定員を36名、会津若松会場を30名（高校生含む）の定員といたします。早期に申込みを締め切る場合がありますのでご留意願います。**

### 5、受講経費 20,000円（受講料・テキスト代・傷害保険料を含む）

### 6、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

- ②受講経費を次の振込先に**本会会員名**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）<sup>シャ）</sup>公益社団法人<sup>フクシマケン シ カイ シ カイ シ カ</sup>福島県歯科医師会<sup>カ</sup>歯科助手認定講習所<sup>ジョ</sup>

（注1）締め切り後の申込み変更は受付いたしません。

（注2）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。

### 7、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。

# 受講申込書

令和 元年 月 日

福島県歯科医師会歯科助手認定講習所長 様

私は、本年度福島県歯科医師会歯科助手認定講習会を \* \_\_\_\_\_ 会場で  
受講したく申し込みいたします。

フリガナ 氏 名	_____	男 女	生年 月日	昭和 平成 年 月 日
現住所	〒 _____			
電話番号	( _____ )	本籍	都道 府県	
就業所名 (診療所)		電話 番号	( _____ ) —	
同所在地	〒 _____			
受講者歯科関係 通算勤務年数	1. 6ヵ月未満		2. 6ヵ月以上1年未満	
	3. 1年以上3年未満		4. 3年以上	
現在の業務分担	1. 受付    2. 介補    3. 請求事務    4. その他			
上記の者が福島県歯科医師会歯科助手認定講習会を受講することを承諾 するとともに、受講にあたっての身元引受人を致します。				
令和 年 月 日				
氏 名 (本会員) _____ ㊟				

注1) 「\*」のところには福島・郡山・いわき・会津若松のいずれかを記入してください。

注2) 受講希望者が複数の場合は、コピーをとってご利用ください。

注3) いただいた個人情報は本会の情報管理規定に基づき厳正に管理いたします。