

第6回長崎大学病院歯科医師臨床研修指導歯科医講習会実施要領

1. 目的：

卒後臨床研修の充実を図るために各臨床研修施設において、指導歯科医の任にある者、又は指導歯科医となる予定者に対して、教育指導・教育技法および教育評価等に関する講習会を実施し、指導歯科医の資質の向上及び指導歯科医の確保を図ることを目的とする。（本講習会は、「歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針」（平成16年6月17日付け医政発第0617001号）にのっとりものである。）

2. 主催者：

長崎大学病院

3. 開催期日：

令和2年2月15日（土）・16日（日）
1日目 8：30～21：00
2日目 8：30～17：00

4. 開催会場：

長崎大学病院（URL：<http://www.mh.nagasaki-u.ac.jp/>）
〒852-8501 長崎市坂本1丁目7番1号

5. 参加資格：

各研修施設において指導歯科医の任にある者、指導歯科医となる予定者で、臨床経験7年以上の者、又は臨床研修指導の任にある者。

- 1) 財団法人歯科医療研修振興財団主催の歯科医師臨床研修指導医講習会の修了者は除きます。
- 2) 全期間を通じて参加できること。

6. 参加定員：

24名

7. 参加費用等：

- 1) 参加費として35,000円（教材費等：28,000円及び2日間の昼食代、総合討論会費：7,000円）を当日の受付にてお支払い下さい。総合討論会は受講時間に組み込まれていますので、参加必須となりますのでご注意ください。
- 2) 参加交通費、宿泊費は、自己負担となります。
- 3) 本講習会は、ワークショップ形式で行います。また、服装は軽装（カジュアルウェア等）で行います。
- 4) 本講習会の受講は、本院または他施設に於ける臨床研修協力型施設等への採用を約束するものではありませんのでご注意ください。

8. 申込方法：

別紙1（参加申込書）に必要事項を記入の上、下記にFAXして下さい。
〒852-8501 長崎県長崎市坂本1-7-1
長崎大学病院 医療教育開発センター事務室（病院総務課臨床研修担当）木附
TEL:095(819)7874 FAX:095(819)7781

9. 申込締切：

令和2年1月10日（金）

10. 参加者の決定：

申込み締め切り後、選考の上、令和2年1月15日（水）までに参加決定通知をメールにて発送することにより連絡します。電話照会には応じられません。

11. 修了証書：

本講習会修了者には、修了証書を授与いたします。

FAX : 095(819)7781

長崎大学病院 医療教育開発センター 宛

長崎大学病院 歯科医師臨床研修 指導歯科医講習会 申込書

申込年月日：令和 年 月 日

フリガナ	氏	名	性別	□ 男 □ 女
* 参加者氏名				
* 生年月日	(西暦)	年	月	日 生
* 出身大学				
* 臨床経験年数	年			
診療所 (勤務先)	フリガナ			
	* 施設名称			
		※勤務先が大学病院の場合は、所属する診療科もご記入ください。		
	* 住 所	〒		
	* 電話番号	—	—	
	F A X	—	—	
参加者連絡先	* 携帯番号	—	—	
	メールアドレス	@		
質問事項等				

上記ご記入のうえFAXでお送りください。

*は必須項目です。漏れなくご記入ください。

0(ゼロ)や0(オ-)、1(イチ)やI(エル)について、区別が付くよう記載をお願いします。