



第12回 認定医・認定歯科衛生士 講習会 / 認定試験

(ドックコーディネーター)

日時 2012年6月17日(日) 9:30~16:30

定員 100名

会場 日本歯科大学生命歯学部本館3階131講堂

講習内容 9:30~14:30

試験内容 15:00~16:30

『歯科人間ドックの意義と目的』
 『硬組織疾患とエンド』
 『唾液検査による健康度チェック』
 『歯周病と生活習慣病』
 『噛み合わせと評価』
 『口腔がんを見逃さない』

小川智久 先生
 北村和夫 先生
 佐藤 勉 先生
 宮下 元 先生
 森戸光彦 先生
 山根源之 先生

試験時間: 1時間30分
 ●多肢選択問題(マークシート形式)
 ●小論文(テーマは開催1週間前までにHPに掲載いたします)

テキスト

「歯科人間ドックマニュアル(改訂版)」
 クインテッセンス出版株式会社
 価格: 5,145円 ※問合わせTEL: 03-5842-2272

受験資格 ※詳しくは学会HPをご参照ください。

- 歯科医師 以下の1~4を有する者。
 1. 日本国歯科医師の免許。
 2. 本会の学術大会、または研修会の参加歴。
 3. 認定医講習会を受講すること。
 4. 以下の1)~4)のいずれか1つに該当する。
 - 1) 継続・通算して5年以上本会会員歴を有する。
 - 2) 継続・通算して2年以上本会会員歴を有し、尚且つ本会学術大会で発表(筆頭)、もしくは本会誌に投稿歴(共同演者でも可)を有する。
 - 3) 認定制度委員会が認める他関連学会(日本歯科医学会および日本歯学系学会協議会に加入する学会)において継続して7年以上の会員歴を有する。
 - 4) 上記の学会の専門医あるいは認定医(士)を有する。

※学会歴に関しましては学会事務局にお問い合わせください。
- 歯科衛生士 日本国歯科衛生士の資格を有する者。

費用 ※お申し込み後の返金はできません。

- 認定講習会参加費
 歯科医師 10,000円 / 歯科衛生士 5,000円
 ※第11回以前の講習会を受けた方は、今回の受講費用は免除。
- 認定資格審査受験料
 歯科医師 10,000円(五肢選択式問題・小論文) / 歯科衛生士 3,000円(四肢選択式問題・小論文)
- 合格後の認定登録料
 歯科医師 30,000円(会員登録が必須。)
 歯科衛生士 6,000円(正会員は免除。正会員登録は必須ではない。)

申込方法

参加申込書にご記入のうえ、講習会事務局宛にFAXでお送り下さい。(先着順)
 ★お申込確認後に、受付通知書をお送りします。※入金および申請書類の確認をもって正式な受付完了とします。

第12回申込締切 2012年5月25日(金)

【講習会・認定試験のお問合せ・申込はこちら】

講習会・認定試験事務局
 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9駒込TSビル3F (一財)口腔保健協会 コンベンション事業部内
 TEL: 03-3947-8761 / FAX: 03-3947-8873 / E-mail: dock@kokuhoken.jp

日本歯科人間ドック学会 平成24年度 第12回認定講習会・認定試験参加申込書 FAX: 03-3947-8873

| | | | | | | |
|--|---|---|------|---|--------------|-------|
| フリガナ | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 (西暦) | 年 月 日 |
| 氏名 | 姓 | 名 | | | | |
| 参加形式 | <input type="checkbox"/> 講習会・試験ともに参加 <input type="checkbox"/> 講習会のみ参加 <input type="checkbox"/> 再受講・受験 | | 参加区分 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 日本歯科人間ドック学会員(会員№) <input type="checkbox"/> 非会員 | | |
| E-mail | ※「0(ゼロ)」と「O(英語のオー)」、「1(いち)」と「I(英語のエル)」、大文字小文字、「S」と「5」、「- (ハイフン)」と「_ (アンダーバー)」などの記入は、分かり易くお願い申し上げます。 | | | | | |
| 連絡先住所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご勤務先 | 郵便番号 | — | | | 勤務先名称 | |
| (TEL:) (FAX:) | | | | | | |