

「第二種歯科感染管理者」 になりませんか？



＜歯科感染管理者とは＞

歯科医療現場において高度な感染制御知識を有し、それを実践できる人材のことです。その資格を認定することにより、感染管理の面で安全な歯科治療を提供することの保証となります。



合格後は認定書の掲示や携帯によって、
安心な医院であることがアピールできます。

※合格後は、歯科感染管理者登録費用として4,320円(税込)が別途かかりますので、ご了承ください。
※院内掲示用の認定書発行は任意となり、別途費用がかかります。詳しくはお問い合わせください。
※検定合格後、資格の維持には5年毎の登録更新が必要となります。更新には講習への参加が必須となります。

＜資格対象者＞

歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手、歯科医療機関に勤務する全ての方
(※離職中の方も過去に歯科医療機関に勤務経験のある方であれば受講することができます。)

「第二種歯科感染管理者検定講習会」のご案内

平成30年 2月4日(日) 10:00-16:00

開催場所

UKホール(UKデンタル熊本本社 2F)
〒862-0967 熊本市南区流通団地1丁目68番地

カリキュラム

講義：午前10時～午後3時(正午～午後1時までは昼食、休憩時間)
検定：午後3時～午後4時

申込方法

裏面お申込書をご利用ください。お申込、検定費用のお振込をもってお席の確保ならびに受講票、テキストをご郵送させていただきます。
または、特定非営利活動法人 日本・アジア口腔保健支援機構(JAOS)のWebサイトをご覧ください。
<http://npo-jaos.org/>

講師 島崎 豊 先生

元愛知県厚生連海南病院感染制御部感染制御課長
医療安全管理部感染対策室感染管理責任者
日本医療器学会理事 日本環境感染学会評議員

検定費用

15,400円(税込)
検定講習会受講費用には、事前に郵送するテキスト代金が含まれています。
費用のうち、3,000円はアジア事業への寄付金に充当されます。
※検定合格者は感染管理者登録費用として¥4,320(税込)が別途必要です。

検定費用の振込先

三菱東京 UFJ銀行 上大岡支店(店番262) 普通 0219789
特定非営利活動法人 日本・アジア口腔保健支援機構
※振込名義の前に必ず振込番号“02”を入力して下さい。
(例) 02 検定太郎

【認定団体】特定非営利活動法人 日本・アジア口腔保健支援機構(JAOS)

お問い合わせはこちら:045-443-9292

お申し込みは裏面へ

主催



A.R.メディコム・インク・アジア・リミテッド【デンタル事業部】
TEL : 078-327-3366  dental@medicom-japan.com

協賛

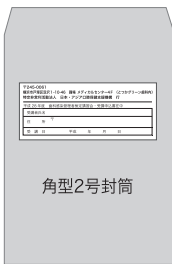


〒862-0967 熊本市南区流通団地1丁目68番地
TEL : 096-377-2555 営業時間 9:00～17:30(土日祝を除く)

申込～受講、合否判定、登録までの流れ

申し込み

- ①必要事項をご記入ください。
- ②FAXでお申込みください。
送信先045-330-6480
- ③用紙右上部の「第二種歯科感染管理者検定講習会・受講申込書」を切り取り線に沿って切り取ってください。
- ④顔写真を貼付けてください。
- ⑤【必要書類添付欄】に検定講習会受講費用・振込依頼書(コピー可)などを貼付けてください。
- ⑥歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の場合は免許のコピーを【必要書類添付欄】に貼付けてください。
- ⑦用紙右下部の「提出用送付票」を切り取ってください。
- ⑧必要事項を記入してください。
- ⑨「提出用送付票」をA4サイズが折らずに入る封筒(角型2号封筒)に貼り付けてください。



- ⑩必要書類一式を同封し事務局宛てに郵送してください。
※受講申込書は折らずに入れてください。

※注意事項
申込書は平成30年1月26日(金)までに到着するようにしてください。それ以降に申込みされたい場合は、お手数ですが事務局までお問い合わせ願います。

- ⑪事務局から指定住所に書類送付いたします。
・受講票(会場案内)
・テキスト・領収書

受講

- ⑫指定会場にて受講してください。

合否判定

受講日から約1ヶ月後に「合否のお知らせ」を郵送します。合格された方には「第二種歯科感染管理者認定カード」と「第二種歯科感染管理施設認定書」発行のご案内を同封いたしますのでご希望の方はお申込みください。(有償)



写真添付
3.5cm
×
2.5cm
写真の裏に
氏名を記入

お申込FAX送信先
045-330-6480

管理コード *
*記載しないでください

第二種歯科感染管理者検定講習会・受講申込書

| | | | |
|---|---|-----|-----|
| 開催日 | 平成30年2月4日(日) | | |
| 受講会場 | 熊本 | | |
| | 申込書記載日 | 年 | 月 日 |
| 受講者氏名 | フリガナ | | |
| 現住所 連絡先 | 〒 | | |
| | TEL | () | - |
| | FAX | () | - |
| | (注)メールアドレスをご記入いただけないと、継続講習等のご案内ができませんのでご注意ください。 | | |
| | mail | | @ |
| 所属医療機関名 | フリガナ | | |
| 所属医療機関 住所 連絡先 | 〒 | | |
| | TEL | () | - |
| | FAX | () | - |
| 受講票送付先 (どちらかに○をつけてください) | ・現住所 ・所属医療機関住所 | | |
| 該当する資格に ☑をお願いします | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 歯科関連企業 | | |
| 上記のとおり、第二種歯科感染管理者検定講習会への参加を申し込みます。 | | | |
| 【必要書類添付欄】 ※歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士は免許のコピーを添付してください。 | | | |

〒101-0053

東京都千代田区神田美土代町9番地 日経タイプビル2階 プレミアライン(株)内
特定非営利活動法人 日本・アジア口腔保健支援機構 行

平成 30年度 歯科感染管理者検定講習会・受講申込書在中

| | |
|-------|----------|
| 受講者氏名 | |
| 住所 | 〒 |
| 受講日 | 平成 年 月 日 |