

令和7年度

歯科助手資格

認定講習会

参加
満足度
100%

※院長向けアンケートより

日時

令和7年5月18日(日)・22日(木)・29日(木)

6月 5日(木)・12日(木)

午前10時～午後5時 ※カリキュラムにより終了時間が前後します。



◆参加資格:全5日間参加出来る方◆



神奈川県歯科医師会館
(横浜市中区住吉町6-68)



定員 先着**100名**

詳細は裏面をご参照ください

座学

- ・ 口腔衛生指導
- ・ 歯周治療の基本
- ・ 歯科臨床概論 etc...

ハンズオンセミナー(実習)

- ・ セメント実習
- ・ アルジネート練和
- ・ 石膏注入の実習 etc...

接遇マナー講座

- ・ おもてなしの基本
- ・ 実習
- ・ 事例研究



公益社団法人神奈川県歯科医師会

医療管理委員会

主催

令和7年度 神奈川県歯科医師会 歯科助手資格認定講習会のお知らせ

神奈川県歯科医師会独自の歯科助手資格認定講習会を下記の要領で開催いたします。

この講習会は、歯科助手教育を通じて、歯科診療に貢献できることを目的としております。また、時代の変化に対応して講習内容を一新し、歯科の知識や患者さんへの対応についての体系づけ、歯科助手が行える仕事の基本をしっかりと身につけていただけるようにカリキュラムを組んでいます。受講を希望される方は開催要領をご覧くださいお早めにお申し込みください。

【開催要領】

(日程) 令和7年5月18日(日)・22日(木)・29日(木)
6月5日(木)・12日(木) の5日間

(会場) 神奈川県歯科医師会館／神奈川県歯科保健総合センター
〒231-0013 横浜市中区住吉町6-68 TEL:045-681-2172

(定員) 100名

(受講料) ・本会会員の診療所に勤務されている方：33,000円(税込)
・本会会員以外の診療所に勤務されている方：55,000円(税込)
・現在未就業の方：55,000円(税込)

(特典) 神奈川県歯科医師会会長名の認定証を授与
※認定証の交付には、5日間の受講が必須です。

地図



【お手続き】

(1) 受講申込方法

◆裏面の受講申込書の申込フォームURL、QRコードもしくはFAXにて
2月10日(月)から4月11日(金)までの間にお申し込みください。《4月11日(金)必着》

◆申込順に受講登録をします。
定員オーバー後にお申し込みされた方にはキャンセル待ちのお知らせをします。

(2) 受講登録者への受講登録証等の送付

◆受講登録者には神奈川県歯科医師会事務局から申込期間終了後に「受講登録証」をはじめ「受講料のお振込先情報」、「受講に際しての諸注意」等の書類を送付します。

(3) 受講料のお支払方法

◆「受講料のお振込先情報」をお確かめの上、受講料をお振込みください。
お振込伝票には受講者のお名前・お電話番号をしっかりと明記してください。
なお、お振込み伝票が領収証の代わりになりますので、大切に保管してください。
◆期日までにお手続きをなさらない場合は、受講資格をキャンセル待ちの方へお譲りすることになります。

【お問合せ】

公益社団法人神奈川県歯科医師会事務局(担当 丹下) 電話：045-681-2172

令和7年度 神奈川県歯科医師会 歯科助手資格認定講習会 カリキュラム

日曜 時間	5/18(日)	5/22(木)	5/29(木)	6/5(木)	6/12(木)
10:00	開講式・オリエンテーション ・ 歯科助手講習会のねらい ・ 受講者への注意 歯科助手・受付秘書の業務① ・ 歯科助手・受付の業務 ・ 院内感染防止のための清掃と保全 歯科助手・受付秘書の業務② ・ 個人情報保護法・改正医療法 講師: 藤波 一典	講義 ・ チェアサイドアシスタントワーク① 器具の受け渡し 講師:(株)ジーシー	小児と障がい者の介助 ・ コミュニケーションの取り方 講師: 中島 忠礼	講義 ・ 歯科材料等の基礎知識 講師:(株)ジーシー	テスト
11:00			医療安全の基礎知識 ・ 緊急時の対応 ・ AEDの取扱い ・ 医療事故の防止 ・ ヒヤリハット 講師: 瀬野 登		
			矯正治療の概略 ・ 矯正治療の目的 講師: 黒木 祐吾	総復習 (テスト解説)	
			口腔衛生指導 ・ 口腔衛生指導の基礎知識から モチベーションアップまで 講師: 安西 美加		
12:00	昼 休 み				
13:00	接遇マナー講座 ・ 接遇(おもてなし)の基本 ・ お辞儀、言葉遣いなどの実習 ・ 事例研究 講師: マナーのクリニック株式会社 歯科臨床概論 ・ 口腔と歯の構造 講師: 藤波 一典	講義 ・ チェアサイドアシスタントワーク② 講師:(株)ジーシー	医療保険の基本 ・ 医療保険のしくみと区分 ・ 診療録、明細書の記載 ・ 情報処理(レセプトオンラインの請求事務、 デジタル画像処理など) 講師: 深田 里佳	歯科材料の実習② ・ アルジネート練和 ・ 石膏注入の実習 講師:(株)ジーシー	閉講式
			口腔外科処置の準備・介助 ・ 口腔外科処置とは ・ 器材の準備と介助 ・ その他(インプラント、顎関節症等) 講師: 神谷 洋子		
			歯周治療の基本 ・ 歯周疾患の基礎知識 講師: 枘岡 浩二		
			保存修復・歯内療法の基本 ・ 保存治療の流れ ・ 器材 ・ 審美治療について(歯牙漂白等) 講師: 平野 哲也	歯科材料について ・ 予防器材の取扱い ・ 患者さんにあった 予防器材の選択と使用法 講師:(株)ジーシー	歯周病と全身疾患との関係 ・ 高齢者の口腔機能について 講師: 枘岡 浩二
17:00					
使用会場	B1 大会議室	B1 大会議室	B1 大会議室	5F 501・502研修室 6F 602会議室・視聴覚研修室 公衆衛生指導室	B1 大会議室

※都合により、カリキュラムの内容等を変更する場合がございますのでご了承ください。適時、休憩時間がございます。

令和7年度 神奈川県歯科医師会 歯科助手資格認定講習会申込書


申込方法 専用フォーム(<https://ws.formzu.net/dist/S78365309/>)
または右記QRコードよりお申し込みください。
専用フォーム、QRコードよりお申し込みが難しい場合は、
下記申込用紙にご記入の上、ご郵送またはFAXをお願い致します。

申込期限 令和7年4月11日(金)



申 込 者	ふりがな					
	氏名					
	現住所	(〒 -)				
	電話番号			メールアドレス		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 <small>※修了証の記載に使用いたします。</small>	経験年数	年 ヶ月		
	勤務先	入会状況	<input type="checkbox"/> 本会会員診療所 <input type="checkbox"/> 未入会診療所 <input type="checkbox"/> 未就業	地域歯科 医師会名		
		歯科医院名				
		所在地	(〒 -)			
		院長氏名				
		電話番号			FAX	
資料 送付先	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> ご自宅					

※氏名は楷書で記入し、全ての項目に記入漏れがないようお願いいたします。

申込先 FAX:  0120-681-786 神奈川県歯科医師会事務局 (担当:丹下)
郵送先: 〒231-0013 横浜市中区住吉町6-68
専用フォーム: <https://ws.formzu.net/dist/S78365309/>



お申込みいただきました個人情報の取扱いにつきましては、神奈川県歯科医師会個人情報等管理規程に基づき保管・管理を行い、この講習会での目的以外には使用いたしませんことを申し添えます。