

自己推薦者応募要領

【応募資格】

1. 兵庫県歯科衛生士会会員
2. 「在宅療養指導・口腔機能管理」または「摂食嚥下リハビリテーション」の認定取得者
3. 卒後研修必修プログラム全課程修了者
4. 登録対象研修会（下記参照）のいずれかを受講できる方

【登録対象研修会】

- ・令和5年8月6日 認知症対応力向上研修会
 - ・令和5年9月24日 生涯歯科保健研修会
- *応募の際は、受講する研修会名を明記の上、お申し込みください。
*研修会の詳細についてはHPでご確認の上、受講の申し込みは、各自で行ってください。

【提出書類】

1. 自己推薦状
兵庫県歯科衛生士会HPの「会員ページ」「刊行物・各種資料」「スキルアップを目指している方へ」等からダウンロードして、必要事項を明記してください。
なお、会員ページのパスワードが分からない方は、事務局にお問い合わせください。
2. 該当分野の認定証コピー
2分野とも認定をお持ちの方は、それぞれの認定証をコピーして提出してください。

【応募申込期限】

- 8月6日受講予定者 — 7月27日（木）
9月24日受講予定者 — 8月17日（木）

【応募先】

郵送にて、本会事務局までお申し込みください。

〒650-0003

神戸市中央区山本通5-7-18 兵庫県歯科医師会館3F

公益社団法人兵庫県歯科衛生士会

「口腔健康管理地域支援リーダー登録事業」宛

※自己推薦状等の情報は、本事業の目的外には使用いたしません。