

平成29年度 歯科医療関係者感染症予防講習会実施要領

1. 目的

歯科医療従事者に対してエイズや肝炎等の感染症予防等に関する講習を行い、歯科保健医療の安全の確保を図ることを目的とする。

2. 事業の実施主体

「歯科医療関係者感染症予防講習会実施団体公募要領」により選定された団体とする。

なお、事業の実施に当たっては、歯科関係団体の協力を得て実施することができるものとする。

3. 事業内容

- (1) 受講対象者（歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士等）。
- (2) 講習内容は、エイズや肝炎等の感染症予防等、歯科医療及び歯科衛生の安全を図るために必要とされる事項に関する講義及び実習とする。

4. 開催日・会場・研修テーマ・講師

・研修テーマ：歯科診療に必要な感染予防対策の実情

開催日・会場	開催地	講師（所属）
平成29年9月16日（土） 午後3時 北海道歯科医師会館	北海道	吉岡秀郎（大阪労災病院歯科口腔外科 部長）
平成29年12月3日（日） 午後2時 栃木県歯科医師会館	栃木県	宮本智行（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科麻酔・生体管理学 助教）
平成30年3月10日（土） 午後3時 新潟県歯科医師会館	新潟県	高木律男（新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学 教授）
平成29年12月2日（土） 午後3時 大阪府歯科医師会館	大阪府	吉岡秀郎（大阪労災病院歯科口腔外科 部長）
平成29年12月3日（日） 午前10時 ザ クラウンパレス新阪急高知	高知県	野崎剛徳（大阪大学大学院歯学研究科 口腔科学専攻 口腔治療学教室 助教）
平成29年11月4日（土） 午後6時 鹿児島県歯科医師会館 大島郡医師会館（サテライト会場）	鹿児島県	中村典史（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科顎顔面機能再建学講座口腔顎顔面外科学分野 教授）

5. 日 程（別紙のとおり）

6. 受講手続（別紙申込書）

受講申込は、各々が開催都道府県歯科医師会宛てに申し込むこと。ただし、応募者多数の場合は会場の収容人数の関係上、申し込みをお断りする場合がある。

7. 受講料

無 料（ただし、受講者の宿泊費、食費、交通費等は受講者の負担とする。）

8. 受講修了証の授与

受講した者に対し、受講修了証を授与する。

9. 受講申込の取消し

受講申込後、何等かの事情で欠席する場合は、順次他の者に受講の機会を与えるので、必ず開催都道府県歯科医師会にその旨連絡をすること。

平成29年度歯科医療関係者感染症予防講習会日程

開催日・会場	時 間	内 容
平成29年9月16日（土） 午後3時 北海道歯科医師会館 札幌市中央区北1条東9-11 TEL：011-231-0945 FAX：011-271-7514	15：00～15：05 15：05～17：05	開会行事 講義
平成29年12月3日（日） 午後2時 栃木県歯科医師会館 宇都宮市一の沢2-2-5 TEL：028-648-0471 FAX：028-648-8149	14：00～14：05 14：05～16：05	開会行事 講義
平成30年3月10日（土） 午後3時 新潟県歯科医師会館 新潟市中央区堀之内南3-8-13 TEL：025-283-3030 FAX：025-283-6692	15：00～15：05 15：05～17：05	開会行事 講義
平成29年12月2日（土） 午後3時 大阪府歯科医師会館 大阪市天王寺区堂ヶ芝1-3-27 TEL：06-6772-8882 FAX：06-6774-0488	15：00～15：05 15：05～17：05	開会行事 講義
平成29年12月3日（日） 午前10時 ザ クラウンパレス新阪急高知 高知市本町4-2-50 TEL：088-873-1111（会場） TEL：088-824-3400（県歯） FAX：088-872-8011（県歯）	10：00～10：05 10：05～12：05	開会行事 講義
平成29年11月4日（土） 午後6時 鹿児島県歯科医師会館 鹿児島市照国町13-15 TEL：099-226-5291 FAX：099-223-6079 大島郡医師会館（サテライト会場） 奄美市名瀬塩浜町3-10 TEL：099-226-5291 FAX：099-223-6079	18：00～18：05 18：05～20：15	開会行事 講義

(受講者→開催会場)

歯科医療関係者感染症予防講習会受講申込書 (_____ 会場)

申込日：平成29年 月 日

_____ 都道府県 歯科医師会 御中

平成29年度「歯科医療関係者感染症予防講習会」(_____ 会場)の受講を申し込みます。

フリガナ 氏 名		
勤務先	診療所名	
	住 所	〒
	TEL	()
	FAX	()
職 種	歯科医師 歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手 その他 ()	
※該当箇所に○印または必要事項をご記入ください。		

個人情報につきましては、本講習会事業の目的および厚生労働省への報告以外には使用いたしません。