

## 第24回中国・四国地区歯科医師臨床研修指導歯科医講習会 実施要項

### 1. 目的

卒後臨床研修の充実を図るために各臨床研修施設において、指導歯科医の任にある者、又は指導歯科医となる予定者に対して、教育指導・教育技法及び教育評価等に関する講習会を実施し、指導歯科医の資質の向上と確保及び臨床研修を行う病院・診療所における適切な指導体制を確保することを目的とする。

### 2. 主催等

主催：広島大学病院  
協力：岡山大学病院、徳島大学病院  
後援：広島県歯科医師会

### 3. 開催期日

令和3年2月20日（土）・21日（日）

### 4. 開催会場

広島大学霞キャンパス（研究棟A 6階）  
広島市南区霞1-2-3

### 5. 参加資格

参加資格は次のとおりとします。

- (1) 研修施設において指導歯科医の任にある者。
- (2) 研修施設において指導歯科医となる予定者で、5年以上の臨床経験を有する者。
- (3) 研修施設において臨床研修指導の任にある歯科衛生士、歯科技工士、事務職員。

※財団法人歯科医療研修振興財団主催の歯科医師臨床研修指導医講習会の修了者は除きます。  
講習会の全プログラムに参加可能な方とします。

### 6. 参加定員

32人

### 7. 日程（別紙1（講習会日程表）のとおり）

本講習会は、ワークショップ形式で行います。また、服装は軽装（カジュアルウェア等）で行います。

### 8. 参加費用

参加費 14,000円を当日受付にてお支払いください。

（内訳：教材費等10,000円、昼食代4,000円）

※参加交通費、宿泊費は自己負担となります。

※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、飲食の提供を極力控えさせていただきます。

※また、総合討論会の実施はございません。初日はプログラムが終了次第解散とさせていただきます。

### 9. 申込方法

別紙2（参加申込書）に必要事項を御記入の上、下記宛て郵送又は電子メール添付若しくはFAXにてお送りください。

〒734-8551 広島市南区霞1-2-3

広島大学病院臨床実習教育研修センター（歯科担当）宛

E-Mail：byo-kensyu@office.hiroshima-u.ac.jp

TEL：082-257-5977 FAX：082-257-5917

### 10. 申込締切

令和2年12月23日（水）

### 11. 参加者の決定

申込締切後、選考の上、令和3年1月7日（木）までに、参加決定通知により連絡します。

参加決定者は、履歴書（様式は適宜）を提出していただきます。

### 12. 修了証書

本講習会修了者には、修了証書を授与いたします。

※新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況次第では、中止・内容等の一部変更が生じる場合がございます。

別紙1

第24回中国・四国地区歯科医師臨床研修指導歯科医講習会日程表

	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00
				レクチャー I	セッションI	セッションII			セッションIII	セッションIV		セッションV			
第1日 2021年 2月20日 (土)	受付	開講式	基調講演 新たな歯科 医師臨床研 修制度の概 要	ワークショ ップとは？ 望ましい学 習活動と は？	KJ法、 問題点 の抽出 説明、 グルー プ作業	昼食	つづき グルー プ作 業、 発表・ 討議、	指導歯科医の あり方と役割	カリキュラムとは・ 研修目標 説明、 グループ作業、 全体発表	研修方略 説明、 グループ作業					

	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
	セッションV	セッションVI					レクチャー II	セッションVII	レクチャー III	セッションVIII	閉講式	
第2日 2021年 2月21日 (日)	研修 方略 発表	研修評価 説明、 グループ作業、 全体発表				昼食	「医療 安全」	問題点への対応 説明、グループ作 業、発表	「歯科 医師臨 床研修 制度の 検証と 見直し」 (仮題)	講習会 をふり 返って 全体討議	閉講式	

(注) 日程と内容については若干変更することがあります。

第 24 回中国・四国地区歯科医師臨床研修指導歯科医講習会  
参加申込書

広島大学病院長 殿

参加申込 施設（施設長）名

〒

住 所

電話番号

FAX 番号

担当者氏名

以下のとおり参加を申し込みます。

令和 2 年 月 日

推薦 順位	所属・職名・氏名等（楷書体でご記入願います。）				
	所属・職名				
	ふりがな 氏 名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男 ・ 女	
	歯科医籍登録番号 年月日	第 号 昭和・平成 年 月 日			
	所属・職名				
	ふりがな 氏 名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男 ・ 女	
	歯科医籍登録番号 年月日	第 号 昭和・平成 年 月 日			
	所属・職名				
	ふりがな 氏 名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男 ・ 女	
	歯科医籍登録番号 年月日	第 号 昭和・平成 年 月 日			

送付先：〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3

広島大学病院臨床実習教育研修センター（歯科担当）

Fax：082-257-5917

E-Mail：byo-kensyu@office.hiroshima-u.ac.jp