

**令和5年度 鹿児島大学病院
歯科医師臨床研修指導歯科医講習会 実施要領**

1. 目的

歯科医師臨床研修を実施する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及び指導歯科医の確保を図ることを目的とします。(本講習会は、「歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針」(平成16年6月17日付け医政発第0617001号)にのっとったものです。)

2. 主催等

主催:鹿児島大学病院

共催:一般財団法人歯科医療振興財団

3. 開催期日

令和5年11月10日(金)・11日(土)・12日(日)

(10日は18～21時, 11, 12日は9～17時を予定)

4. 開催会場(開催方法)

Zoomを使用したオンライン開催

5. 参加資格

(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

(3)研修施設において研修歯科医の指導及びプログラム企画に直接携わる者

注・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. 形式および必要な設備

(1)本講習会は、Zoomを使用したオンライン開催となり、ワークショップ形式で行います。

(2)Zoomで参加者が会話しながら、Googleドライブ上の共有ファイルにアクセスし作業を行います。より快適に作業を行うには、①画面の広いデスクトップパソコンまたはサブモニターを接続したパソコンを用意する、②パソコンに加え、インターネットに接続できるタブレット端末、スマートフォンを併用する、のいずれかを推奨します。

(3)研修期間中、安定した通信環境(有線接続が望ましい)が必要です。

(4)服装は軽装(カジュアルウェア等)で構いません。

8. 参加費用

参加費 27,000円

※ 参加が決定次第、支払い手続きをお願いいたします。

※ 参加通信費は自己負担となります。

9. 参加申込方法

別紙(参加申込書)に必要事項をご記入の上、下記宛て郵送またはFAXにてお送りください。

〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘八丁目35-1
鹿児島大学病院 臨床研修係(歯科担当)
(TEL:099-275-6720 FAX:099-275-6846)

10. 申込締切

令和5年9月29日(金)

11. 参加者の決定

申込締切後、選考の上、**令和5年10月13日(金)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(指定様式)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。