

# 歯科衛生士 再就職支援事業



明日から伝えたいくなる嚥下の話

## 歯科衛生士研修会

平成30年

とき

3月4日(日)

午後1時～午後5時

ところ

京都センチュリーホテル1階 瑞鳳  
京都市下京区東塩小路町

主催：京都府歯科医師会 共催：京都府歯科衛生士会

### 内容

「その食形態は対象者の口に合っていますか」～摂食嚥下機能と食形態の対応～

講師：牧野 日和 先生(愛知学院大学講師)  
口腔ケア実習：榊井 悦子 先生(大阪府歯科衛生士会)

### 定員

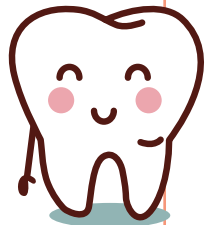
先着50名

### 申込方法

QRコードより申し込み、  
もしくは裏面(FAX送信票)を  
ご利用の上お申込み下さい。

### 締切

2月23日(金)必着



休職期間が長い

そろそろ働こうかな

最新の歯科事情が  
わからない

現在休職しているが  
もう一度復帰したい!

という方を京都府歯科医師会、京都府歯科衛生士会は  
全力で支援します。

復職時の希望に添えるよう、復職セミナーやスキル  
アップセミナー情報をお知らせします!

<http://www.kda8020.or.jp/hygienist/>



# ◎ファックス送信票◎

下記の内容をご記入の上 **FAX075-812-8814** までお送りください。  
つぎのとおり「**歯科衛生士研修会(再就職希望者研修会)**」に申し込いたします。

|   |   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ふりがな  |   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| お名前   |   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| ご住所   | 〒□□□-□□□□   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| 連絡先   | TEL (        )                      FAX (        )  |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
|   | メールアドレス   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| 卒業学校<br>(卒業年度)  | (昭和・平成                      年卒業)  |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| アンケート   | <p>1. ブランクはどれくらいの期間ですか? 約 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> 年</p> <p>2. 退職された理由は何ですか?(複数回答可)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 結婚</td> <td><input type="checkbox"/> 7. 自分の技術に対する不安</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 出産</td> <td><input type="checkbox"/> 8. ケアマネージャーへの転職</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 給料</td> <td><input type="checkbox"/> 9. 他医療職種への転職(                      )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. 勤務時間</td> <td><input type="checkbox"/> 10. 他職種への転職(                      )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. 職務内容</td> <td><input type="checkbox"/> 11. その他(                      )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. 勤務地</td> <td></td> </tr> </table> <p>3. 歯科衛生士への復職を考えた理由は何ですか?(複数回答可)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 子供の手がはなれたので</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 資格を活かしたい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 時給がいいから</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. その他(                      )</td> </tr> </table> <p>4. 聞きたい話があれば、ご記入ください。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | <input type="checkbox"/> 1. 結婚 | <input type="checkbox"/> 7. 自分の技術に対する不安 | <input type="checkbox"/> 2. 出産 | <input type="checkbox"/> 8. ケアマネージャーへの転職 | <input type="checkbox"/> 3. 給料 | <input type="checkbox"/> 9. 他医療職種への転職(                      ) | <input type="checkbox"/> 4. 勤務時間 | <input type="checkbox"/> 10. 他職種への転職(                      ) | <input type="checkbox"/> 5. 職務内容 | <input type="checkbox"/> 11. その他(                      ) | <input type="checkbox"/> 6. 勤務地 |  | <input type="checkbox"/> 1. 子供の手がはなれたので | <input type="checkbox"/> 2. 資格を活かしたい | <input type="checkbox"/> 3. 時給がいいから | <input type="checkbox"/> 4. その他(                      ) |
| <input type="checkbox"/> 1. 結婚                          | <input type="checkbox"/> 7. 自分の技術に対する不安   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 2. 出産                          | <input type="checkbox"/> 8. ケアマネージャーへの転職  |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 3. 給料                          | <input type="checkbox"/> 9. 他医療職種への転職(                      )   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 4. 勤務時間                        | <input type="checkbox"/> 10. 他職種への転職(                      )  |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 5. 職務内容                        | <input type="checkbox"/> 11. その他(                      )  |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 6. 勤務地                         |   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 1. 子供の手がはなれたので                 |   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 2. 資格を活かしたい                    |   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 3. 時給がいいから                     |   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> 4. その他(                      ) |   |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |
| その他   | ご質問やご意見、ご相談などがありましたら、ご記入下さい。  |                                |   |                                |  |                                |   |                                  |  |                                  |  |                                 |  |   |                                      |                                     |   |