様式５

　　年　　月　　日

　公益社団法人日本歯科衛生士会

会　長　　　　　　　　　　様

申請団体

代表者

特別研修指定申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本会が開催する以下の研修を、貴会協力の特別研修として指定していただきたく申請いたします。 | | | | | |
| 研修会の名称 |  | | | | |
| 主催者名 |  | | | | |
| ※ 初めて特別研修の指定を申請される場合は以下のご記入をお願いします。  （設立年月日）　　　　年　　月　　日  （事業内容） | | | | |
| 申請者名 |  | | | | |
| 連 絡 先 | (〒　　　　－　　　　)    Tel：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax：  E-mail | | | | |
| 開催日時 | 年　　　月　　　日～　 　月　　　　日/　　　時　　　　分～　　 　時　　　分　　（　　　日間/ 　　 時間）  ※「時間」は休憩時間を除いた時間数を記載してください。 | | | | |
| 開催会場 | （会場名）  （所在地） | | | | |
| 研修会の内容及び  参加申込方法 | ※この欄に簡潔に記載し、歯科衛生士業務に関連する内容であることがわかる「案内チラシ（案）」等を  必ず別に添付してください。  （内容）  （参加申込方法） | | | | |
| 講　　師 | 講師名 | | 職　種 | 受講予定  人数 | 集合型    　　　名 |
|  | |  |
| Web  　　　　　　名 |
| 開催方法  ※あてはまる□を■にして回答し、集合型に関しては、「感染対策」欄の選択および記入もしてください。 | □ 集合型　　　　□　Web　　　　□　ハイブリッド型（集合型＋Web） | | | | |
| 感染対策 | ｱ 参加者（スタッフ等含）  □体調管理確認 □連絡先確認　□マスク着用 　□その他（　　　　　　　　　　　　　）  ｲ 会場  □会場定員数（　　　　）名　□座席間隔確保　 □手指消毒液設置　　　□換気  □物品・ドアノブ等の消毒　□会場内飲食禁止□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |

注）申請締切日：研修会開催日時の３か月前とする。

（以下は日本歯科衛生士会　事務局が記入します）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備　 　考 | ｱ　□　研修内容　　ｲ　□　２時間以上(Web１時間以上)　　ｳ　□　後援・協力 | （承認年月日） |
| ｴ　□　教育研修機関　　　　　　　 　　　 □　関連学会  □　歯科関連企業等　賛助会員 □　歯科関連企業等　会員講師 |