

この番号を様式 9 の No. の
欄にも記入

指導を受けた歯科医師・指導
歯科衛生士の勤務先を記入

指導を受けた歯科医師・指導
歯科衛生士名を記入

所属機関・施設名 〇〇大学附属歯科衛生士専門学校 歯科衛生士名

歯科衛生士指導医・指導歯科衛生士 所属名： 氏名：

No	事業・授業名	担当者名	実施日	実施場所	対象者	対象人数	業務・授業内容
1	障害者歯科授業	申請者名	2015 6/29,7/6 7/13.20	〇〇大学 口腔保健学科	学生	30 名	障害者歯科現場で行う歯科衛生士の診療補助について授業を行った。
2	障害者歯科講演	申請者名	2015 7/24	〇〇会館	認定歯科衛生士	99 名	日本障害者歯科学会認定歯科衛生士研修会にて「障害者歯科における歯科衛生士の役割」について講演した。
3	障害者施設臨地実習	申請者名	2015 10/8～12	障害者施設 〇〇学園等 9 施設	学生	30 名	障害者施設現場で生活支援・介助の臨地実習に引率した。
1	障害者歯科講演	申請者名	2015 5/8	〇〇歯科医師会館	障害者歯科検診 参加歯科衛生士	40 名	障害者に対する理解を深める目的で障害の種類や対応方法等について講演した。
2	介護予防事業	申請者名	2015 11/22	〇〇歯科医師会館	訪問歯科衛生士	20 名	栄養改善や運動器、口腔機能向上を図るための教室や閉じこもり予防の通所事業についての講習会（説明）を行った。
3							

1)担当者とは事業の実施者や講師を指す。 2)実施日や実施期間を記載。 3)欄が不足する場合はコピーしてご記入ください。