

2019年度 歯科医師臨床研修  
協力型臨床研修施設の合同セミナー受講希望用紙

協力型臨床研修施設番号

---

貴施設名

---

参加する指導歯科医名

---

TEL:

.....

FAX:

.....

Eメール:

.....

日程・合同セミナー詳細       場所・西館5階臨床講義室       開催時間・15:00 ~ 16:30 (各日共通)

	月 日		受講希望 ○を記入	テーマ	担当科等	担当者
1	5月15日	(水)		前医に不満をもって初診にきた症例集	口腔外科第1科	吉田 博昭
2	7月17日	(水)		大学院案内	大学院歯学研究科	岡崎 定司
3	9月18日	(水)		院内感染対策	院内感染防止委員会	
4	11月20日	(水)		外傷歯に対する診断と治療法	歯内治療科	池永 英彰
5	1月15日	(水)		画像診断の手順	歯科放射線科	四井 資隆
6	3月4日	(水)		治療計画の立て方	補綴咬合治療科(欠損)	小正 聡

FAX(06-6943-8051)でお送りください