

●募集要項●

1. 定員 **40名**
2. 受講資格 高等学校卒業生、卒業見込み者又は同等以上の学力を有する方、歯科医院勤務者。
3. 募集期間 **令和7年5月7日(水)～6月6日(金)**
(先着順に定員40名になり次第締切らせていただきます。持参の場合、土日祝を除く平日午前9時から午後5時まで。)
4. 応募手続 受講願書に記入のうえ、持参又は郵送により、お申し込みください。
受講料と認定手数料は持参又は振込により、募集期間内にお納めください。
振込の場合は、受講願書の「受講料振込通知書」に必ず記入してください。
5. 受付場所 〒802-0077
北九州市小倉北区馬借1丁目7番1号
(北九州市総合保健福祉センター6F)
公益社団法人北九州市歯科医師会事務局
TEL.(093)513-3650
6. 受講料

	①受講料 (教材費を含む)	② 認定手数料	計 (①+②)
一般	30,250円		31,900円
高校生	24,750円	1,650円	26,400円

※既納した受講料等は、講習会開始後はその理由の如何に関わらず返還しませんのでご注意ください。

●講習会●

1. 講習期間 **令和7年6月14日(土)～9月20日(土)**
<14週>
2. 講習時間 **土曜日 14:00～18:00**
3. 講習会場 北九州市歯科医師会 会議室
北九州市小倉北区馬借1丁目7番1号
(北九州市総合保健福祉センター6F)
4. 資格取得 日本歯科医師会認定乙種第一歯科助手

その他不明な事項については、
北九州市歯科医師会事務局にお問合わせください。

講習会場のご案内

北九州市歯科医師会 会議室

北九州市小倉北区馬借1丁目7番1号
(北九州市総合保健福祉センター6F)



〔交通のご案内〕

- JR「小倉」駅から徒歩約10分
- 西鉄バス「市立医療センター」バス停から徒歩約3分
- モノレール「旦過」駅から徒歩約3分

お問い合わせは



公益社団法人
北九州市歯科医師会 事務局
〒802-0077 北九州市小倉北区馬借1丁目7番1号
(北九州市総合保健福祉センター6F)

TEL.(093)513-3650

令和7年度

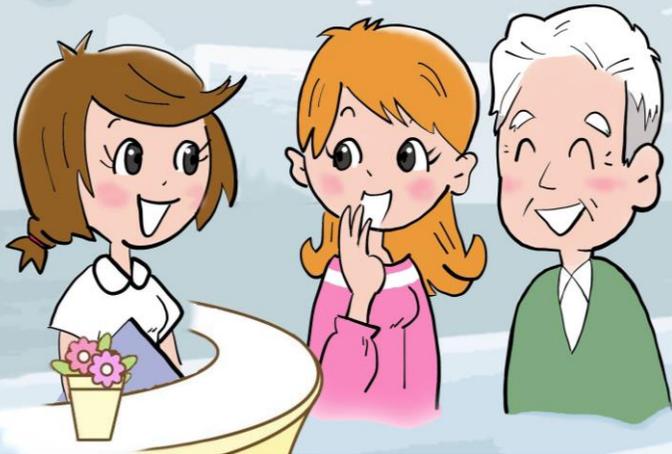
北九州市歯科医師会
歯科助手講習会
のご案内

日歯認定歯科助手資格取得



主催：公益社団法人北九州市歯科医師会
後援：北九州市

歯科医療と患者を結ぶ、
架け橋として大切な
歯科助手資格を
講習会で取得できます。



患者さんはいつも不安な気持ちで歯科医院に来院します。スタッフの心配りや適切な対応は患者さんの気持ちを和らげ、より良い医療へとつながります。そのためには、専門知識や技術を身につけて、信頼され好感を抱かれるアシスタントが必要とされています。歯科助手講習会では、受付業務から治療介助までの歯科医院業務を、初めて学ぶ方にも分かりやすく学習していただきます。

令和7年度 北九州市歯科医師会 歯科助手講習会カリキュラム

期日	14:00~16:00	16:00~18:00
第1週 6月14日	開講式 オリエンテーション コース1 歯科事情と社会保険の概要	コース2 歯と口腔の知識・歯科診療とは
第2週 6月21日	コース3・4 歯科助手の仕事とは	
第3週 6月28日 特別講習	コース5・6 歯科医院におけるコミュニケーション	
第4週 7月5日	コース7・8 消毒	
第5週 7月12日	コース9 保存修復と共同動作	コース10 歯内療法と共同動作
第6週 7月19日	コース11 小児歯科診療・矯正治療と共同動作	コース12 歯周病治療と共同動作
第7週 7月26日	コース13 X線	コース14 補綴治療と共同動作
第8週 8月2日	コース15 医療事故・ヒヤリハット	コース16 産業廃棄物
第9週 8月9日	コース17 障害者、高齢者及び有病者の歯科治療	コース18 救急処置
第10週 8月23日	コース19 社会保険（その1）	コース20 社会保険（その2）
第11週 8月30日	コース21 歯科診療とデンタルスタッフ 適正な情報管理	コース22 診療所の設備と保守
第12週 9月6日	コース23 器材・医薬品の取り扱い（その1）	コース24 器材・医薬品の取り扱い（その2）
第13週 9月13日	コース25 器材・医薬品の取り扱い（その3）	コース26 器材・医薬品の取り扱い（その4）
第14週 9月20日	コース27 観血的処置（口腔外科処置）と 共同動作	閉講式

※カリキュラムは変更になる場合があります。

北九州市歯科医師会歯科助手講習会 受講願書

令和 年 月 日

公益社団法人北九州市歯科医師会 御中

北九州市歯科医師会歯科助手講習会の受講申込みをします。

本人	ふりがな			昭・平 年 月 日生		
	氏名 (自署)			満 歳 性別：男・女		
	現住所	〒	電話	—	—	
最終学歴			昭・平 令	年 月 日	卒業・卒業見込み	
※ ₁ 保護者	ふりがな			年齢	歳	続柄
	氏名 (自署)					
	現住所 (本人と同居の場合 は同上)	〒	電話	—	—	
勤務先	名称					
	所在地	〒	電話	—	—	
	(歯科医院勤務者のみ) ※ ₂ 院長名			※ ₂ 勤務年数	年 ヶ月	
<p>受講料振込通知書（以下は、受講料を振込される方のみご記入ください※₃）</p> <p>ここに振込書（コピー可）を貼付しても結構です。（貼付した場合は、下記の記入は不要です） ATMの場合は「ご利用明細票」を貼付してください。（口座番号、残高は塗りつぶしてください）</p>						
振込人 (氏名・医療機関名等)			振込日	令和 年 月 日		
振込元銀行	銀行	本店	手数料は受講者負担とさせていただきます			
	金庫	支店				
【振込口座】						
西日本シティ銀行 北九州営業部 普通預金口座 1705845						
口座名 公益社団法人北九州市歯科医師会 シャキキョウシュウジカイシカイ						
【振込額】						
一般 31,900円 / 高校生 26,400円						

※₁ 高校生又は18歳以下の方は保護者欄を記入してください。

※₂ 歯科医院に勤務している方のみ院長名と勤務年数を記入してください。

※₃ 受講料のお振込は募集期間内をお願いします。