**【返送締め切りは６月７日（木）です。】**

**２０１８年６月開催　ＷＨＯ世界保健機関が推奨する歯科簡易禁煙支援研修会　申し込み用紙**

別紙

テーマ：保険者による保健事業としての喫煙対策

返信先：福岡歯科大学口腔保健学講座　日本口腔衛生学会・福岡歯科大学合同プロジェクト事務局

　メール：nosmoke@college.fdcnet.ac.jp　（無い場合はFAX/TEL: 092-801-0616）

以下の通り、ＷＨＯが推奨する簡易歯科禁煙支援研修会への参加を希望します。（ひとつを○で囲む）

Ａコース： 9日(土)　　Ｂコース：10日(日)　　Ｃコース：11日(月)　　Ｄコース：12日(火)

○所属機関名・部署名：

○参加希望者（代表：複数の場合こちらからの連絡窓口の方をお願いします）：

○メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

○そのほか参加希望者：

また、以下のアンケートにご協力ください。よろしくお願いします。

|  |
| --- |
| ※以下にご記入下さい。選択肢は該当するもの全ての『□』を塗りつぶす（■）または『レ』を付けて下さい。 |
| 職種について | 職種はどれですか。　□歯科医師　□歯科衛生士　□その他の歯科職種（　　　　　　　）　□その他歯科以外の職種（　　　　　　　） |
| 禁煙支援のご経験について（教育含む） | 歯科診療で禁煙支援（動機づけ支援を含む）の経験・実施企図はどれ位ありますか。　□診療はしていない　□10回以上　□５～９回　□１～４回　□0回実施企図あり |
| ※歯科での禁煙支援に関連して、関心事項や課題、あるいはやっていることの紹介などございましたらお書きください。 |
| ※以下は、指導者トレーニング（Train-the-training）研修会の開催企画についてのアンケートです（記入は任意です。） |
| 後援・協力団体等の所属について | 会員となっているのはどれですか。（複数選択可）□日本歯科医師会　□日本歯科衛生士会□日本顎顔面インプラント学会　□日本口腔インプラント学会　□日本口腔衛生学会□日本口腔外科学会　□日本口腔腫瘍学会　□日本口腔内科学会　□日本歯周病学会□日本有病者歯科医療学会　□日本臨床歯周病学会　□日本歯科人間ドック学会□その他の学会（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修会講師のご経験 | 卒後研修会、生涯学習コースの講師をした経験がありますか。□はい　□いいえ |
| ※「はい」の場合、答えてください。 | WHOが推奨する歯科簡易禁煙支援の指導者トレーニング（Train-the-training研修、開催未定）に参加してみたいと思いますか。□はい　□いいえ |
| ※「はい」の場合、講師をした内容を簡単に教えて下さい。 |  |

※以上です。ここまでのアンケートへのご協力もありがとうございました。メールでご返信下さい（メールがない場合はファクスで返信ください）。受信後、原則として、３営業日以内に参加の可否をご連絡いたします。なお、後日、担当から詳細をおたずねする可能性がありますが、その際にはどうぞご協力のほど宜しくお願いいたします。

なお、本申込で取得した個人情報は適切に管理し、本セミナーに関する連絡や今後の企画案内に利用します。詳しくは福岡学園「情報セキュリティポリシー」をご覧下さい。