

日 歯 発 第 1 8 0 4 号
令 和 2 年 3 月 1 3 日
(学術課・日本歯科医学会事務局扱い)

都道府県歯科医師会会長 各位

公益社団法人 日本歯科医師会
会 長 堀 憲 郎

令和2年度日本スポーツ協会公認スポーツデンティスト養成講習会
の開催案内および受講申込手続きの協力依頼について

平素より、本会会務運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成25年度より、スポーツ現場に関連する歯科分野の高い実践能力を有する人材を確保し、スポーツ歯科分野のレベルアップを図ることを目的に、公益財団法人日本スポーツ協会との協同実施による「スポーツデンティスト養成講習会」を実施しております。

つきましては、標記講習会の開催要項および申込書等を別添のとおり送付いたしますので、会員各位にご周知賜りますようお願い申し上げます。

なお、平成27年度より、開催要項の受講条件に「都道府県歯科医師会より推薦された者（都道府県歯科医師会と緊密な連携のもと、各地域で活動する必要があることから）」と記載しております。

これに伴い、受講希望者からの申込書につきましては、各都道府県歯科医師会にて内容を確認・精査いただき、推薦する者についてのみ、推薦順位・推薦理由等を記載いただきました新規受講者推薦書と併せて、本年5月11日（月）までに本会へご提出ください。

受講希望者から各都道府県歯科医師会への提出期限につきましては、各都道府県歯科医師会にて別途設定くださいますようお願い申し上げます。

また、申込書や推薦書に未記載の項目があるものについては、受理できない場合がありますので、ご注意ください。

さらに、令和2年度の都道府県歯科医師会からの新規募集者数は100名程度で、受講の内定は日本スポーツ協会指導者育成専門委員会スポーツデンティスト部会における審査を経て決定することを、申込者各位に予めお伝えいただければ幸甚に存じます。

(別 添)

令和2年度公益財団法人日本スポーツ協会公認スポーツデンティスト養成講習会

- | | | |
|--------------------------------|---|-----------------|
| ○開催要項 | } | 受講希望者にお渡してください。 |
| ○カリキュラム一覧 | | |
| ○新規受講申込書 | | |
| ○専門スポーツ・ID 一覧 | | |
| ○〔都道府県歯科医師会から本会への提出資料〕新規受講者推薦書 | | |
| ○〔都道府県歯科医師会用参考資料〕受講の流れ | | |

※なお、貴都道府県の体育協会及び傘下の競技団体等で活動実績がある会員がおられましたら、率先して受講申込をしていただければ、日本スポーツ協会の上記審査をクリアしやすいと考えられます。

※新規受講者推薦書は所定のフォーマットを用い、紙媒体とは別に、Excel データのメール送信もお願いいたします。