

科学院研修発 0314 第 2 号

令和 6 年 3 月 1 4 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

国立保健医療科学院長
(公 印 省 略)

令和 6 年度歯科口腔保健の推進のための企画・運営・評価研修の
開催について

本院では歯科口腔保健の推進に関する基本的事項に関連して、地域の状況に応じて独自に到達すべき目標の策定や計画等の設定及び実施方法の検討、かつ定期的な評価並びに評価に基づく計画の見直しができる能力を高めることを目的として、別添「令和 6 年度歯科口腔保健の推進のための企画・運営・評価研修開催要領」により標記研修を開催しますので、受講者の推薦につきまして格段の配慮をお願いします。

【連絡先】

国立保健医療科学院 総務部研修・業務課 研修第三係

Tel 048-458-6190

Email: kensyu.info@niph.go.jp

〒351-0197 埼玉県和光市南 2 - 3 - 6

令和6年度 歯科口腔保健の推進のための企画・運営・評価研修 開催要領

1. 目的 地域歯科保健に携わる自治体職員に対して、歯科口腔保健の推進に関する法律（歯科口腔保健法）で定められた基本的事項の策定に関連して、地域の状況に応じて独自に到達すべき目標や計画等を設定し、かつ定期的な評価ならびに評価に基づく計画の見直しができる能力を修得することを目的とします。
2. 対象者 (1) 都道府県・保健所設置市・特別区の職員で、地域歯科保健に携わる者
(2) それ以外の地方公共団体の本庁職員で地域歯科保健に携わる者
※地方公共団体に勤務する歯科医師、歯科衛生士に加え、他職種においても地方公共団体で地域歯科保健活動を担当する常勤職員であれば受講資格を有します。
3. 定員 25名
4. 研修期間 遠隔研修：令和6年6月25日（火）～令和6年7月12日（金）[14日間]
オンライン研修：令和6年7月16日（火）～令和6年7月19日（金）[4日間]
5. 遠隔研修の概要
(1) Zoom システムを利用せず、当院が準備する「遠隔教育システム」を利用します。「遠隔教育システム」は、インターネットが利用できるPCであれば、どこからでも接続可能です。
(2) 遠隔研修では、院内講師とのやり取りを通じて、所属する地方公共団体の歯科口腔保健事業の現状等に関する「課題シート」を完成させます。「課題シート」は、オンライン研修時に行う個別演習にて活用させていただきます。
(3) 遠隔研修の期間中は、時間的な拘束はございません。都合の良い時間を使って、遠隔研修を受講してください。
6. オンライン研修受講に係る諸条件等
(1) オンライン研修は、Zoom システムを使用したライブ形式（個別演習含む。）で実施します。
(2) 受講に当たっては、Zoom が使用できる接続環境が必要です。ネットワーク環境や使用端末等、当院HPの各研修のサイトに掲載されている「オンライン研修に係る諸条件確認票」を参照し、事前に受講場所（勤務場所、自宅等）でZoomの接続確認を必ず行ってください。
PC及び受講に必要なソフトウェアの準備は受講者側で行ってください。主な留意点は以下のとおりです。
※Windows10以降のOSを搭載していること
(Mac等の他のOSにつきましては「オンライン研修に係る諸条件確認票」から御確認ください)
※必要なソフトウェア：Office2016以降のWord、Excel、PowerPoint、Acrobat Reader
※PCは、マイク、カメラ付きが必須
(マイク内蔵Webカメラを付けていただいても構いません。)
※Zoomに接続する機器とOfficeがインストールされている機器が異なり、2台で受講する場合、2台が常にデータのやり取りができるなどの条件やPCスキルが求められますので、推奨いたしません。
(3) 研修受講時には、1人に1台のPCを準備してください。
(4) 個別の接続に関する技術的なサポートは、当院では行えませんので、所属機関のネットワーク担当部署へ相談してください。
(5) 当院に来院してのオンライン研修は認めておりません。
(6) 研修画面をビデオカメラ等で録画することは、禁止いたします。

裏面に続く→

- (7) 研修に専念できる場所を受講者側で確保してください。
- (8) 録画の公開（配信）は行いません。
- (9) 講義資料は、当院の遠隔教育システムに掲載いたします。

7. 受付期間 令和6年4月1日（月）～令和6年4月30日（火）（必着）

8. 申込方法 受講については派遣機関の公文書と受講申込書を上記の受付期間中に当院総務部研修・業務課へ電子メール又は、郵送にて、受付期間内に提出してください。
複数名申し込む場合には、優先順位を付した受講者推薦名簿を必ず添付してください。
受講申込書等様式につきましては、当院のホームページの本研修案内からダウンロードできます。
(<https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/s07.html>)
電子メール送付先：kensyu.info@niph.go.jp

9. 受講決定

- (1) 受講資格等による書類選考を行い受講の可否を決定します。
- (2) 複数名の応募があった場合は、優先順位を付した受講者推薦名簿を選考の参考とします。
- (3) 受講可否通知及び関係書類は申込担当者宛に郵送しますので、受講申込者に御連絡をお願いします。
- (4) 受講許可者にはオンライン研修受講前に遠隔教育システムを使用した遠隔研修で事前課題を提出していただきます。詳細は受講許可通知の際にお知らせします。
- (5) 受講決定後の受講者の変更は認めておりません。

10. 経費負担 受講料は必要ありません。
※通信費・受講環境整備に係る備品費等につきましては受講者の負担となります。

(問合せ・申込先)

国立保健医療科学院 総務部研修・業務課研修第三係
〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
電話 048-458-6190 (ダイヤルイン)
E-mail: kensyu.info@niph.go.jp

<文書番号等>
〇〇年〇〇月〇〇日

国立保健医療科学院長 殿

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇長

公 印

または（公印省略）

（ 研 修 名 ） の受講について

この度、貴院標記研修に職員を派遣いたしたく、別添受講申込書のとおり申し込み
ますので、よろしくお取り計らいください。

申込担当者 ・所属部局名等 ・氏名 ・連絡先 住所 〒 TEL e-mail
--

（注1） 公文書の下段に申込担当者の所属、氏名、連絡先を明記してください。選考結果を送付いたします。

（注2） 申込みは主管部局等において取りまとめ、複数名申し込む場合には受講者推薦名簿を必ず添付してください。（1名の場合は必要ありません。）

受講申込書(短期研修)

国立保健医療科学院長 殿

(研 修 名)

貴院

研修の受講を希望いたします。

年 月 日

ふりがな		年 齢(研修受講時)										
氏 名		歳										
所属機関名・部署												
役 職		職 種										
所属先 (連絡先)	郵便番号											
	住所											
	TEL											
	e-mail											
現職在職年数(経験年数)	年 月	性 別	男・女									
地方公共団体での勤務形態 (どちらかに○、2を選択した 場合は括弧内に勤務形態を 記載)	1. 常勤職員 2. 常勤職員ではないが、それに相当する勤務形態を取っている。 () 例: 週○日勤務、月△日勤務等											
資 格 ・ 免 許												
年 月	取得											
年 月	取得											
職 歴(新しいものから順に記入してください)(※)												
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本研修への申し込み <ol style="list-style-type: none"> 1. 初めて 2. 申し込んだが不許可となった回数 回 ・ 本院の受講歴(課程・学科・コース・研修名) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">年度</td> <td style="width: 70%;">研修名(</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">)</td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td>研修名(</td> <td style="text-align: right;">)</td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td>研修名(</td> <td style="text-align: right;">)</td> </tr> </table> 				年度	研修名()	年度	研修名()	年度	研修名()
年度	研修名()										
年度	研修名()										
年度	研修名()										

受講者推薦名簿

令和 年度 ○○○研修

所属部局名等

申込担当者氏名

推薦 順位	氏 名	所属部署・職名
1		
2		
3		
4		
5		

※適宜行を追加してご使用ください。