

# Jokanスクール 2008後期生募集

## ベーシック3日間 プラス9 症例発表会

講師 ▶

上間 京子 先生

2008年 アシスタント講師 ▶

丸尾 操 太田 瑞穂 奥野 友紀

★アシスタント講師はJokanスクールで認定試験を実施し選出しています。



### ＜上間京子より＞

私独自の想いで始めたJokanスクールも7年目になりますが、その想いは“手の動く歯科衛生士が一人でも多く育てて欲しい”そして“歯科衛生士の前に社会人として豊かな人間性をもって欲しい”です。私は徹底した現場主義の人間です。研修を受けた次の日、何が出来るようになったかを問います。実際に治せる“使える優しい手”を作るために一人一人手取り足取り徹底的にトレーニングを行います。その為に2006年からは認定試験に合格したアシスタント講師も配しています。

2007年より【プラス9】という9回のトレーニングコースを設けていますが、これは【ベーシック3日間】終了後1年間補習を行うコースです。2008年からは身につけた技術が実際どのように生かされているかを確認する為に、全員参加で【症例発表会】も行うことにしました。

— すべては患者様の、そしてあなた自身の幸せの為に進化し続けるJokanスクールです —

内容 ▶

入学式

**1日目** 歯科衛生士として忘れてならない基本の基  
「歯科衛生士のプライドを考える」  
トレーニングNO.1シャープニング  
「本当の基本はここからです」

**2日目** 1日目の見直し、再チェック  
症例プレゼンテーション  
トレーニングNO.2  
シャープニングとSRP  
「目からウロコの基礎トレーニング」

**3日目** 1・2日目の見直し、再チェック  
トレーニングNO.3  
シャープニングとSRP  
「切れる!を知る」「刃が当たるを感じる」  
体で覚えるJokan流SRP

### 2008後期入学式 特別プログラム

= プラス9 = (ベーシック3日間終了後 希望者を募ります)  
月1回、1コース3時間、受講人数5人(講師は毎回2~3人)  
(9回でシャープニングのマスターと全顎のSRPが出来るように  
トレーニングプログラムを組んでいます。達成テストもします)

= 症例発表会 =

左記プラス9参加者全員に症例を作って頂き、  
検討会をします(作り方の指導もします)

ベーシック  
3日間  
日時 ▶

14期生 2008年7/20(日)・7/21(月)・8/ 3(日)  
15期生 2008年7/20(日)・7/21(月)・8/10(日)  
16期生 2008年7/20(日)・7/27(日)・8/24(日)  
17期生 2008年7/20(日)・7/27(日)・8/31(日)

7/20のみ AM 9:00~PM18:00  
懇親会 PM18:30~PM20:30  
以外は AM10:00~PM18:00

★ベーシック3日間スクール終了後別途費用でプラス9(9月から翌年5月までの9ヶ月間)&症例発表会

会場 ▶

1日目 ホテル日航倉敷 岡山県倉敷市阿知3-21-19  
2日目 ㈱リンケージ藤波3F研修室 岡山県倉敷市加須山881-2  
3日目 ハッピー歯科クリニック 岡山県倉敷市寿町1-26

— 主催 —  
株式会社 リンケージ藤波

定員 ▶

5名(各期)

ベーシック  
受講料 ▶

一般 ¥157,500 セミナー会員医院 ¥141,750(昼食・コーヒー・懇親会含む・税込)  
オブザーバー(院長) 1日出席 ¥10,500 2日出席 ¥15,750 但し1日目(7/20)は無料

お問い合わせ ▶

㈱リンケージ藤波 岡山県倉敷市加須山881-2  
TEL 086-420-0001 FAX 086-428-8899 <http://www.f-linkage.com> (お申込みや詳細のご確認に)

お申込方法 ▶

下記の受講申込書にご記入の上FAXまたはホームページからお申込みいただき下記の口座に受講料をお振込み下さい。尚、入金をもって受付完了とさせていただきます。また受講料の返金は致しかねますのでご了承下さい。

お振込み先 ▶

中国銀行 倉敷駅前支店 普通2107071 加 リンケージ藤波  
\*誠に恐れ入りますが振込手数料はご負担下さい。

Jokanスクール2008後期生 受講申込書		【ご記入いただいたお申込み情報は適切、厳重に管理いたします】	
歯科医院名*		ご住所* 〒	
ご受講者名*			
TEL*		FAX	
生年月日* 年 月 日	歯科衛生士経験* 年	PCアドレス*	
ご希望期* (ご希望の期に✓をして下さい) <input type="checkbox"/> 14期 <input type="checkbox"/> 15期 <input type="checkbox"/> 16期 <input type="checkbox"/> 17期		申込区分* (該当欄に✓をして下さい) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> セミナー会員医院	
院長お名前		オブザーバー <input type="checkbox"/> 出席( <input type="checkbox"/> 1日目 <input type="checkbox"/> 2日目 <input type="checkbox"/> 3日目) (該当欄に✓をして下さい) <input type="checkbox"/> 欠席	

\*には全てご記入いただき086-428-8899にFAXして下さい。後日TELでご確認のご連絡させていただきます