

卒業生の皆様へ

松本歯科大学

歯学部長 長谷川博雅

### 基礎実習・臨床実習教育への協力に関するお願い

校友の皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は本学に対し格別のご高配・ご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、近年の共用試験や国家試験における相対評価の導入など、歯科医学教育を取り巻く環境は大きく変貌するなかで、本学の教育成果は十分とはいえない現状です。そこで更なる卒前教育の充実を図る一環として、基礎実習や臨床実習における教育の整備は急務と考えております。特に豊富な臨床経験に裏打ちされた臨床歯科医学教育を提供することは学生にとって有意義な実習体験となり、基礎知識の醸成を一層促すものです。

このような状況を踏まえ、臨床教育に無償（ボランティア）でご助力いただける卒業生は自薦あるいは校友会各支部からご推薦いただきたくお願い申し上げます。また、ご助力いただける諸先生には非常勤の教員として教育あるいは診療に携わっていただきます。

なお、ご助力いただける内容については、臨床講座とのマッチングの必要もあるため、各支部から下記の分類に従って名簿をご提出ください。

本学の教育内容の充実のため、卒業生の皆様方のご理解、ご協力をお願い申し上げます。

### 記

記載事項（書式は問いませんが、添付した書式をご利用くだされば幸いです）

1. 氏名と卒業期
2. 連絡先：住所、電話番号、メールアドレスなど
3. 協力内容

（該当項目を丸印で囲む。ア・イの両方でも可で、アは科目を明示して下さい。）

ア：基礎実習： a 保存修復、b 歯内療法、c 歯周、d 全部床、e 部分床、f 冠架工、  
g 小児歯科、h 歯科矯正、i その他（ ）

イ：病院実習（診療と指導）

送付先：399-0781 長野県塩尻市広丘郷原 1780 松本歯科大学 学事課

問合せ先：口腔病理学講座 長谷川博雅 TEL 0263-51-2092 hasegawa@po.mdu.ac.jp

松本歯科大学 歯学部教育・診療協力歯科医師調査票

(支部名： 、担当者名 )

氏名	卒業期 ( )
住所：(〒 )	
TEL :	FAX : e-mail :
*協力内容 (該当項目を丸印で囲む。ア・イの両方でも可で、アは科目を明示して下さい。)	
ア：基礎実習：a 保存修復、b 歯内療法、c 歯 周、d 全部床、e 部分床、f 冠架工、 g 小児歯科、h 歯科矯正、i その他 ( )	
イ：病院実習 (診療と指導)	
氏名	卒業期 ( )
住所：(〒 )	
TEL :	FAX : e-mail :
*協力内容 (該当項目を丸印で囲む。ア・イの両方でも可で、アは科目を明示して下さい。)	
ア：基礎実習：a 保存修復、b 歯内療法、c 歯 周、d 全部床、e 部分床、f 冠架工、 g 小児歯科、h 歯科矯正、i その他 ( )	
イ：病院実習 (診療と指導)	
氏名	卒業期 ( )
住所：(〒 )	
TEL :	FAX : e-mail :
*協力内容 (該当項目を丸印で囲む。ア・イの両方でも可で、アは科目を明示して下さい。)	
ア：基礎実習：a 保存修復、b 歯内療法、c 歯 周、d 全部床、e 部分床、f 冠架工、 g 小児歯科、h 歯科矯正、i その他 ( )	
イ：病院実習 (診療と指導)	
氏名	卒業期 ( )
住所：(〒 )	
TEL :	FAX : e-mail :
*協力内容 (該当項目を丸印で囲む。ア・イの両方でも可で、アは科目を明示して下さい。)	
ア：基礎実習：a 保存修復、b 歯内療法、c 歯 周、d 全部床、e 部分床、f 冠架工、 g 小児歯科、h 歯科矯正、i その他 ( )	
イ：病院実習 (診療と指導)	