

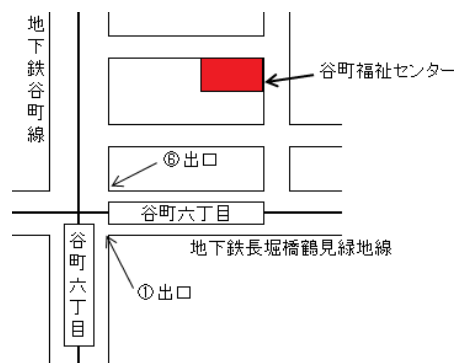
# 2019(令和)年 歯の手話を学ぶ会

耳の不自由な患者さんにも十分な治療をしてあげたい！  
 耳の不自由な患者さんと歯科医師の会話をサポートしたい！  
 歯科用語手話を身につけて、さらに表現力を豊かにしたい！  
 手話関係者と歯科関係者が一緒に楽しく学びあう会です。  
 歯の手話について関心のある方、ぜひご参加ください。



1. 名 称 歯の手話を学ぶ会
2. 主 催 大阪府歯科用語手話作成普及委員会
3. 後 援 一般社団法人 大阪府歯科技工士会  
公益社団法人 大阪聴力障害者協会

8. 場 所  
大阪府谷町福祉センター  
大阪府中央区谷町 5-4-13  
電話 06-6763-4691  
地下鉄「谷町6丁目」駅下車 ①・⑥出口徒歩3分



4. 目 的
  - 1) 手話関係者・歯科関係者が聴力障がい者との円滑なコミュニケーションをはかる
  - 2) 専門分野の手話通訳者を育成する

5. 日 時
 

|     |            |
|-----|------------|
| 第1回 | 9月 8日 (日)  |
| 第2回 | 10月20日 (日) |
| 第3回 | 11月17日 (日) |
| 第4回 | 12月15日 (日) |
| 第5回 | 1月19日 (日)  |
| 第6回 | 2月16日 (日)  |
| 第7回 | 3月15日 (日)  |

(今年度は日曜日に開催します)  
 午後2時～2時25分 ミニ講演  
 午後2時30分～4時30分 手話講習

6. 受講料  
一般 3000円 学生 2000円  
(学生の方は学生証をご提示下さい)

7. クラス  
入 門 ク ラ ス  
対象：手話を初めて学ぶ方、歯科関係者  
内容：基礎的な手話、初歩的な歯科医療会話

**会話初級クラス**  
 対象：ろう者と簡単な会話ができるレベルの方  
 内容：歯科医院での基本的な会話練習

**会話中級クラス**  
 対象：ろう者と日常会話がほぼ通じるレベルの方  
 内容：会話練習＋歯科に関する手話通訳演習

9. 定 員 40名
10. お申込み  
郵送 メール FAXでお申込みください(先着順)。  
後日、メールまたはFAXで受講票を送付いたします。
11. お申込先  
一般社団法人 大阪府歯科技工士会  
〒558-00  
大阪市住吉区我孫子 5-14-7  
FAX 06-6697-4100  
E-mail : kanri@daishigi.org  
URL: <https://www.daishigi.org/>

問い合わせはメールまたはFAXでお願いします。後日、ご回答申し上げます。  
 (電話でのお問い合わせはご遠慮ください)

## 2019(令和)年度 歯の手話を学ぶ会 受講申込書

|             |                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな<br>氏 名 | TEL<br>FAX                                                              |
| ご 住 所       |                                                                         |
| ご希望のクラス名    | 入門クラス ・ 会話初級クラス ・ 会話中級クラス (途中でクラス変更可)                                   |
| 所 属         | 手話関係者〔手話サークル・手話通訳者・福祉関係者・その他〕<br>歯科関係者〔歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・歯科助手・受付・学生・その他〕 |

\*) 該当する項目に○をご記入ください