

2017 中国・九州・四国地区

実践版

歯科医院での カウンセリングセミナー

開催日時

2017年9月3日(日)

時間/9:30~16:30

参加費

参加費 1名

25,000円(税込)

この度の研修は、患者さんへ行っている情報提供の方法と内容を、プロセスを踏みながらどのように提供すべきかを考えるためのセミナーです。情報提供する時期は、初診カウンセリング・セカンドカウンセリング・補綴カウンセリング・最終カウンセリング時です。その時々の確認すべき点を理解することで、満足度の高い歯科医療を提供できるようになります。その基本は、患者さんと医療サイドの価値観を共有することにあります。変革を行う歯科医院において、互いの職種の協力なしに、より良い歯科医療サービスの提供はできません。全員体制で歯科医療に取り組むための基礎作りを、他の歯科医院と一緒に体験してみましょう。



※関西地区での開催時の様子です。

PROGRAM

- 第一部… カウンセリングを行う意味
- 第二部… 初診カウンセリング【患者さんの価値観を聞く】
- 第三部… 検査資料による現状把握と治療計画の立て方
- 第四部… セカンドカウンセリング【現状の説明と方向性の決定】
- 第五部… 補綴カウンセリング【具体的な提案・実習】
- 第六部… 最終カウンセリング【継続したメンテナンスの勧め】

おみやげ 資料をデータでお渡しいたします。

会場

広島県歯科医師会館

(広島市東区二葉の里3-2-4)



対象者

歯科医療スタッフ(職種は問わない)

2017 歯科医院でのカウンセリングセミナー 受講申込書

- ① 申込書に必要事項をご記入の上、郵送または**FAX:082-294-1846**までお送りください。
- ② 携帯電話から下記のQRコードよりインターネットへアクセスしお申込みください。

お申込後下記振込先へ1週間以内にお振込みをお願い致します。●受講料お申込み時の注意事項

1. お振込みのお名前は歯科医院名でお願い致します。
2. キャンセルによる受講料の返金は致しかねますのでご了承ください。
3. 領収書は、振込書にてかえさせていただきます。

お問い合わせ先
株式会社 デンタルタイアップ
〒730-0851 広島県広島市中区榎町5-20
TEL 082-294-1845
E-mail office@dental-tie-up.net

※携帯電話(インターネット)申込みの場合、
パケット通信料はお申込者様の負担となります。
※必要事項をもれなく入力してください。

振込先 広島銀行 本川支店 (普) 3405140
株式会社デンタルタイアップ※振込手数料はご負担下さい。

歯科医院名	Tel	e-mail
	Fax	

お名前	職種	お名前	職種
お名前	職種	お名前	職種
お名前	職種	お名前	職種



申込みサイト