

会 員 各 位

一般社団法人東京都歯科技工士会

会長 石川功和

(公 印 省 略)

東京オリンピック・パラリンピック選手村総合診療所（ポリクリニック） 技工室での歯科技工士が行う作業支援スタッフの募集

謹啓 麗春の候、皆様におかれましては、益々ご清祥のことと拝察いたし心から慶賀の至りに存じます。常々ご多忙にもかかわらず都技会務運営にお力添え賜り心より厚く御礼申し上げます。

さて、2020年の東京オリンピック・パラリンピック開催が近づいて参りました。一般社団法人東京都歯科技工士会（以後、本会という）では、開催に向けて、同競技大会組織委員会及び歯科医師会と連携を図り、選手村総合診療所（以後、ポリクリニックという）等の対応について検討して参りました。

先般、東京都歯科医師会より、本会へポリクリニック内の技工室へ歯科技工士スタッフの派遣要請（交通費無し・日当無し、ボランティア）があり、標記募集を実施させていただくこととなりました。

つきましては、下記の条件で歯科技工ボランティアに参加していただける方は、必要事項をご記入の上、FAX、郵送又はメール等で、令和元年6月30日までにお送りください。なお、参加に関する可否については、令和元年7月以降に発送致します。ご繁忙のところ誠に恐縮ですが、ご理解ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

謹白

記

資格要件：①オリンピックとパラリンピックに連続5日間×2、約10日以上活動出来る方

②事前の研修会への参加ができる方

③勤務先からの承諾を取れる方（勤務先を休む事も含む）

④本会会員であること

活動内容：①活動期間：オリンピック7月14日～8月9日 27日間

パラリンピック8月18日～9月9日 23日間

②活動体制：2交代シフト制につき、8時間程度

③作業時間：午前7時～午後3時まで、と午後3時～午後11時までの2交代制

④活動内容：ポリクリニック内の技工室でのマウスガード作製、CAD/CAMによるジルコニア作製（セレックシステム経験者）

注意事項：①本会に於いて、活動日（シフト）を組ませていただきます。個別の理由による欠席・活動日（シフト）変更及び日程等については対応することができません。

②活動期間中（研修・打合せ等含む）における滞在先までの交通費及び宿泊費に係わる一切は、自己負担・自己手配となります。また、その他費用及び日当等の支払も致しません。

③本会より歯科医師会及び大会組織関係者へ、募集申込書の記載事項等の個人情報を提供することを承諾していただくこととなります。

以上

会 員 各 位

東京オリンピック・パラリンピック選手村総合診療所（ポリクリニック）技工室での！
作業支援スタッフ申込書

資格要件：①オリンピックとパラリンピックに連続 5 日×2、約 10 日以上活動ができる方（5 日間を 1 クールとして 2 クール程）

②事前の研修会への参加ができる方

③勤務先からの承諾を取れる方（勤務先を休む事も含む）

④本会会員であること

活動内容：①活動期間：オリンピック 7 月 14 日～8 月 9 日 27 日間

パラリンピック 8 月 18 日～9 月 9 日 23 日間

②活動体制：2 交代シフト制につき、8 時間程度

③作業時間：午前 7：00～15：00 まで、と 15：00～23：00 までの 2 交代制

④活動内容：ポリクリニック内の技工室でのマウスガード作製、CAD/CAM によるジルコニア作製（セレックシステム経験者）のどちらかできる方

注意事項：①本会に於いて、活動日（シフト）を組ませていただきます。個別の理由による欠席・活動日（シフト）変更・日程等については対応することができません。

②活動期間中（研修・打合せ等含む）における滞在先までの交通費及び宿泊費に係わる一切は、自己負担・自己手配となります。また、その他費用及び日当等の支払も致しません。

③本会より歯科医師会及び大会組織関係者へ、募集申込書の記載事項等の個人情報を提供することを承諾していただくことになります。

* 上記要件に同意した旨を（ ）に し、下記の記入欄へご記入の上、FAX、郵送又はメールにてご返信ください。

* 上記要件にすべて同意致しました

氏名	フリガナ
所属ブロック	所属地域歯科技工士会名
〒 住所	
〒 勤務先住所及び屋号	
電話	FAX
携帯	緊急連絡先
PC メールアドレス	
携帯メールアドレス	

（一社）東京都歯科技工士会・メールアドレス sya-togi@muf.biglobe.ne.jp

電話 03-3576-5611 FAX 03-3576-5615

以上