

# 2018(H30)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  
 大阪市中央区谷町 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15日(土)
第2回	10月13日(土)
第3回	11月 3日(土)
第4回	12月 8日(土)
第5回	1月26日(土)
第6回	2月16日(土)
第7回	3月16日(土)

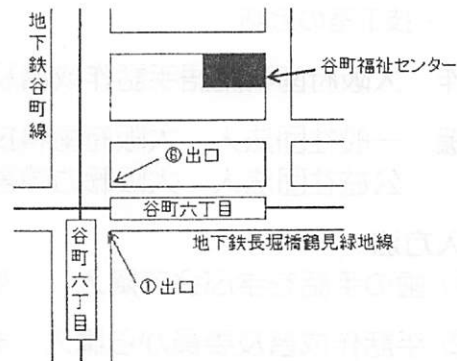
午後2時～2時25分 ミニ講演  
 午後2時30分～4時30分 手話講習

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)

## 2018(H30)年度 歯の手話を学ぶ会 受講申込書

ふりがな 氏名	TEL 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〕 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

# 歯の手話 DVD 販売中

「歯の手話DVD」は聴覚障がい者が治療等で歯科医院を訪れた時、手話で対応できるように会話場面を収録しています。歯科治療の流れや基本的な専門用語手話を覚えていただきたいと思い活用をお薦めします。ぜひご購入ください。

## 掲載内容

- ◇ 受付
- ◇ 診査・診断
- ◇ 虫歯治療
- ◇ 補綴
  - ・インレー・クラウン
  - ・義歯（入れ歯）
  - ・技工室の会話
- ◇ 歯周病
- ◇ 予約・支払い
- ◇ 歯科用語
- ◇ 日常会話
- ◇ 数字・時の手話表現



制作 大阪府歯科用語手話作成普及委員会

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

## 購入方法

- ① 歯の手話を学ぶ会で購入 販売価格 3000 円
- ② 手話作成普及委員から購入 販売価格 3000 円
- ③ ろうあ会館での購入 販売価格 3240 円（消費税込）
- ④ 郵送による DVD 受取 販売価格 3360 円（郵送料込）  
郵送、FAX、またはメールでお申込の上、3360円（郵送料込）を下記口座に送金してください。入金の確認後、DVDを送付いたします。

### 申込先・問合せ先

一般社団法人 大阪府歯科技工士会  
〒558-0014 大阪市住吉区我孫子 5-14-7  
FAX 06-6697-4100  
E-mail : [kanri@daishigi.org](mailto:kanri@daishigi.org)  
URL: <https://www.daishigi.org/>

### 送金先口座

口座番号 00970-6-207876  
口座名称 大阪府歯科用語手話作成普及委員会（オオサカフデキコノコトノテワカケイキョウイカイ）

＊）通信欄に、お名前、ご住所、FAX番号、注文枚数をご記入ください。

## お問合せ

メール FAXでお問合せください。後日、ご回答申し上げます（電話でのお問合せはご遠慮ください）

## 「歯の手話」DVD注文書

お名前 \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

Tel 番号 \_\_\_\_\_

注文枚数 \_\_\_\_\_

枚

送金日 \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_

日 \_\_\_\_\_