

平成26年度 歯科技工士実習施設指導者等養成講習会

実施団体公募要領

平成26年3月

厚生労働省医政局歯科保健課

## 平成 26 年度 歯科技工士実習施設指導者等養成講習会 実施団体公募要領

### 1 総則

高齢者の増加に伴い、歯科補綴物の多様化・高度化が進む昨今、歯科技工士の資質の向上を図ることは大きな課題となっています。特に歯科補綴物の多様化等への対応には、歯科技工士養成施設で実施されている技工実習が非常に重要な役割を担っていることから、その実習内容の充実を図ることが急務となっています。

このため、厚生労働省では、歯科技工士実習施設指導者等養成講習会（以下「講習会」という。）を実施することとしています。ついては、講習会を実施する団体（以下「実施団体」という。）を選定するため、以下の要領で公募するものです。

なお、当公募は事業実施期間を十分確保するため、平成 26 年度予算案に基づき、予算成立前に公募を行っています。採択・執行に当たっては、国会での平成 26 年度予算成立が前提となりますので、今後、事業内容や実施時期等に変更があり得ることをご承知置き下さい。

### 2 目的

歯科技工士養成施設で実施されている技工実習の内容の充実、強いては歯科技工士の資質の向上を図るため、歯科技工士養成施設の指導者に対する講習会を実施するものです。

### 3 講習会の内容等について

- (1) 開催回数：年 2 回程度（東京都 1 回、大阪府 1 回）
- (2) 開催期間：1 回当たり 4 日間（28 時間）程度
- (3) 受講者数：1 回当たり 30 人程度
- (4) 受講資格：歯科技工士養成施設の実習指導者の任にある者又は歯科技工士で免許取得後 5 年以上の実務経験を有する者で歯科技工士養成施設の実習指導者となる予定にある者
- (5) 講師：講習科目を教授できる歯科技工士養成施設等専任教員・歯科大学の教授又はこれらに準ずる者
- (6) 事業内容：
  - ① インプラントや CAD-CAM 等、多様化・高度化する歯科補綴物に関する講義、実技実習。
  - ② その他必要と考えられる事項に関する講義・実技実習。  
※ 4 日間（計 28 時間）のうち、3 日間（約 21 時間）は実習を行うこと。
- (7) その他：
  - ① 講習期間中、専門に利用できる教室、演習室（実習のため）が確保できること。
  - ② 教室、演習室は採光、換気等が適当であり、学習環境に配慮がされていること。

### 4 講習会に係る補助金の交付について

本講習会に係る補助金の交付については、講習会の実施に必要な経費（賃金、謝金、旅費、印刷製本費、通信運搬費、消耗品費、使用料及び賃借料）に限ります。

（補助率）定額

（基準額）893,000 円（上限額）

## 5 応募に関する諸条件

実施団体選定に係る公募に応募する者は、次の条件を全て満たす団体（以下「応募団体」という。）であること。

- (1) 講習会の実施に係る会計処理等の事務処理を適切に行う能力を有すること
- (2) 講習会を実施する上で必要な経営基盤を有し、資金等の管理能力を有すること
- (3) 日本に拠点を有していること
- (4) 厚生労働省から補助金交付等の停止、又は指名競争入札において指名停止を受けている期間でないこと
- (5) 予算決算及び会計令第70条及び第71条の規定に該当しない者であること

## 6 応募方法等

### (1) 企画書等の提出書類

「歯科技工士実習施設指導者等養成講習会企画書」、「歯科技工士実習施設指導者等養成講習会に必要な経費内訳書」（別紙様式）等を作成し、6(2)に示す方簿方法により提出して下さい。

企画書は、様式任意ですが、以下の項目について具体的に記載してください。

- ① 講習会の実施に係る会計処理等の事務処理の実施体制
- ② 講習会の実施時期  
(原則として、平成26年12月31日までに終了するものとする)
- ③ 講習期間中の教室、演習室の確保
- ④ 講師の確保(予定)
- ⑤ 講習会の周知方法、受講者の確保方法
- ⑥ 類似業務の実績とその内容

### (2) 応募方法

提出期限及び提出先(問い合わせ先)は以下のとおりです。

- ① 提出期間
- ② 平成26年3月11日(火)から3月27日(木)(必着)
- ③ 提出先及び問い合わせ先

(提出先)

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

厚生労働省医政局歯科保健課総務係 宛

※ 封筒の宛名面に「歯科技工士実習施設指導者等養成講習会企画書在中」と朱書きにより明記してください。

※ 応募書類は、原則として郵送又は宅配便により提出してください。郵送の場合、簡易書留等、配達証明可能な方法をとってください。

(問い合わせ先)

厚生労働省医政局歯科保健課総務係 大野、中瀬

電話 03-5253-1111(内線2583)

FAX 03-3595-8687

※ 問い合わせは、平日(月曜日～金曜日)午前9時30分～午後5時00分(正午から午後1時迄を除く。)とします。

④ 提出書類及び部数

ア 本事業に係る企画書	10部
イ 経費内訳書	10部
ウ 団体経歴（概要）、定款等、応募団体の活動が分かる資料	1部
エ 支出負担行為担当官が別に指定する暴力団等に 該当しない旨の誓約書	1部

7 応募団体の評価について

- (1) 「歯科技工士実習施設指導者等養成講習会に係る企画書評価について」及び「歯科技工士実習施設指導者等養成講習会に係る採点表」に基づき提出された企画書等について評価を行い、業務の目的に最も合致し、かつ最も評価の高い企画書等を提出した一者を実施団体として選定します。
- (2) 企画書を提出した者が、6(2)③エの誓約書を提出せず、又は虚偽の誓約をし、若しくは誓約書に反することとなったときは、当該者の企画書を無効とする。
- (3) 評価結果は、企画書等の提出した応募団体に遅滞なく通知します。  
なお、評価に関する経過、内容等に係る問い合わせには応じられません。また提出された企画書等の資料は返却しませんので、その旨、ご了承ください。

別紙様式

歯科技工士実習施設指導者等養成講習会に必要な経費内訳書

区 分	支 出 予 定 額			備 考
	員 数	単 価 円	金 額 円	
歯科技工士実習施設指導者等養成講習会費				
賃金				
謝金 講師謝金				
旅費 講師等旅費				
職員旅費				
印刷製本費				
通信運搬費				
消耗品費				
使用料及び賃借料				
合 計				