

人がやめない
組織作りを目指す



「院長、チームは私がまとめます！」
——そう言える人材、育てませんか？

歯科医院向け リーダー養成セミナー



デンタルタイアップの支援医院の90%以上で患者数・経営が向上！
「人が成長する」ことを、ぜひご体感ください。

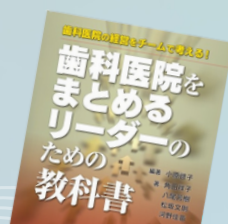
📺 DAY1 基礎編

2025.11/Sun
9:30~16:00 / 16

通信
講座
4
か月

📺 DAY2 応用編

2026.3/Sun
9:30~16:30 / 29



「歯科医院をまとめる
リーダーのための教科書」
の内容に準じたセミナーです。

人材の定着や、内部リーダーの育成にお困りの院長先生へ

- ✓ 求人しても続かない
- ✓ チームがバラバラで、医院の成長が止まっている
- ✓ 「任せられる人」が育たない
- ✓ スタッフ間の信頼関係を築きたい

対象

院長・チーフ・リーダー
(サブを含む)
・スタッフ
(職種は問わない)

受講料
(税込)

- ① 基本受講価格 99,000 円/1名
- ② 追加受講者価格 86,000 円/追加人数
- ③ 再受講価格 35,000 円/1名
(過去にデンタルタイアップ主催のリーダーセミナーを受講したことのある方)

主催・講師

Dental Tie-Up
株式会社 デンタルタイアップ

歯科医院専門の経営コンサルティング会社として、全国の歯科医院を対象に理念経営・組織改革・人材育成の支援を行っています。現場に寄り添った実践的なアプローチで、働き方改革やチーム力向上を推進し、持続可能な歯科医療の実現をサポートしています。



ホームページは
こちら↓



DAY 1

チームをまとめる基礎セミナー



Zoom

開催日時 2025年11月16日(日) 時間 / 9:30 ~ 16:00

PROGRAM

第1部…経営の基本①

第4部…自己を知り、他者との関わり方を考える

第2部…経営の基本②

第5部…現れる数字への理解①

第3部…リーダーの役割

第6部…今後の流れと継続的な学習方法のご提案

通信
講座
学習

文部科学省認定講座「実践リーダーシップ」を学ぶ

* DAY1 受講後、産業能率大学総合研究所の「実践リーダーシップ」を通信講座にて学びます。これは2回のレポート提出があり、それを指導教官が採点評価し、フィードバックされます。この学びを通して、実践に結びつくリーダーシップを開発し、「私ならではのリーダーシップ」の獲得を目指します。また、デンタルタイアップにて進捗確認等サポートを行います。

期 間
2025/11
~
2026/3

概要と CURRICULUM

第1回

1. 私ならではのリーダーシップを開発する
2. リーダーシップを考える視点
3. リーダーシップ発揮の多様な姿
4. ビジネスパーソンの成長とリーダーシップ

第2回

1. リーダーシップ・セオリー・ジャングルを探検しよう
2. 等身大のビジネスパーソンの持論
3. ビジネスリーダーの持論
4. 各界の実践家の持論
5. 探検の終わりに金井壽宏の変革のリーダーシップ

DAY 2

リーダーとしてチームをまとめる応用セミナー



Zoom

開催日時 2026年3月29日(日) 時間 / 9:30 ~ 16:30

PROGRAM

第1部 実践事例発表「マイリーダーシップについて」

第2部 現れる数字への理解②

第3部 論理的思考法の活用による問題発見の基礎

第4部 歯科医院におけるリーダーシップの評価



お問い合わせ&セミナーへの申込みはこちらから

オンラインセミナー配信サービス「Zoom」を使用します。セミナー前に当日のログイン案内をお送り致します。

office@denal-tie-up.netへメール、082-294-1846(FAX)、右記フォームのいずれかでお申込みください。

お申し込み受付の連絡が3営業日以内に確認できない場合はデンタルタイアップまでご連絡ください。

※PCもしくはタブレットでの受講をお願いいたします。

※接続端末は1人1台ご用意ください。

注意事項

1. お申込み後、受講に関するご案内及び受講費についてはデンタルタイアップより順次送付いたします。
2. 領収書は振込書にてかえさせていただきます。キャンセルによる受講料の返金は致しかねます。

セミナーへのお申込みは
こちら

Zoom 接続テストについて → Zoom 接続テストを希望される方や接続環境に不安のある方は「希望する」にチェックを入れて下さい

フリガナ	職 種	フリガナ	職 種	フリガナ	職 種
お名前		お名前		お名前	
Zoom 接続テスト	☐ 希望する / ☐ 希望しない	Zoom 接続テスト	☐ 希望する / ☐ 希望しない	Zoom 接続テスト	☐ 希望する / ☐ 希望しない
歯科医院名					
ご住所 ※必須		TEL ※必須 FAX ※必須		e-mail ※必須	