

平成 28 年 9 月 日

第 4 回地域在宅歯科医療スキルアップ研修会のご案内

各務原市歯科医師会
会長 小林 誠子
担当 市原 秀記

日頃より、当會会務運営につきまして、格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このたび地域医療介護総合確保基金をもとに、下記研修会を開催いたします。
ご多用とは存じますが、多数の方がご参加いただけますようご案内申し上げます。

記

1. 目的 高齢社会に対応し、在宅で安心して歯科相談や治療が受けられる環境の整備、多職種連携により口腔の維持・管理の重要性を理解し共有していくことを目的とする。
2. 日時 平成 28 年 10 月 6 日（木）午後 14 時 20 分～16 時 30 分
※受付は 14 時 10 分より行います。
3. 場所 各務原市総合福祉会館 3 階 集会室
「各務原市那加桜町 2 丁目 163 番地」TEL 058-383-7500
4. 主催 一般社団法人 各務原市歯科医師会
5. 対象者 各務原市歯科医師会会員、他地域会員、医療機関スタッフ、歯科衛生士会
介護保険サービス事業者関係者
6. 講演内容
1 部「歯科訪問治療と在宅における歯科医師の摂食嚥下障害へのアプローチ」（仮題）
一般社団法人 大垣歯科医師会 理事 山口 正義 氏
2 部「東海中央病院における摂食嚥下障害患者へのアプローチ」（仮題）
東海中央病院 看護師 摂食嚥下障害認定看護師 安江 智子 氏
東海中央病院 主任言語聴覚士 今尾 智恵 氏
東海中央病院 主任言語聴覚士 川合 由紀子 氏
7. 申込方法 別紙申込用紙に必要事項を記入の上、9 月 30 日 までに各務原市歯科医師会
事務局にお申込みください。
8. 問合せ先 一般社団法人 各務原市歯科医師会事務局 （午後 1 時～4 時）
TEL 058-371-3201

第4回地域在宅歯科医療スキルアップ研修会参加申込書

平成28年 月 日

所属機関名： _____

住 所： _____

電話番号： _____

参加者氏名	職 名

締切：9月30日（金）

各務原市歯科医師会事務局宛

FAX：058-371-3104

E-mail info@kakamigahara-dent.gr.jp