

平成30年度

『東京都歯科医師認知症対応力向上研修』 のご案内

日本の高齢化は年を追うごとに進み、認知症高齢者の数も今後、さらに増加していくことが予測されています。平成27年1月に厚生労働省から「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)が公表され、認知症の方の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることのできる社会の実現を目指しています。

この度、公益社団法人東京都歯科医師会は東京都からの委託により、標記研修を開催することとなりました。是非とも、この機会にスタッフ(歯科衛生士)の皆様方へもお声掛けいただき、一緒にご参加ください。

日 時

平成30年10月31日(水曜日)

午後7時～午後9時30分(受付開始午後6時30分)

場 所

武蔵野スイングホール スイングホール(裏面の地図をご参照ください)

< 講演 >

認知症の口を支える視点

< 講師 >

東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長

平 野 浩 彦

対 象 者

原則として東京都内に勤務(開設を含む)している歯科医師

定 員

180名

受 講 料

無 料

申込期限

平成30年10月29日(月曜日)

申込方法

裏面の申込書にて、FAXでお申込みください。

- 申込書1枚につき1名様ずつお申込みください。
- お申込みの状況によっては、お断りする場合がございますので、ご了承ください。

お申込み／お問合せ先

東京都歯科医師会 事業第一課 丸山・荒木

電 話

03-3262-1148

FAX

03-3262-4199

主催：公益社団法人 東京都歯科医師会

『東京都歯科医師認知症対応力向上研修』参加申込書

開催日時：平成30年10月31日(水曜日)午後7時～

FAX 送信先 03-3262-4199

東京都歯科医師会 事業第一課 丸山・荒木

申込締切日：平成30年10月29日(月曜日)

歯科医院名		所属地区 歯科医師会名	
歯科医院 ご住所	〒		
修了証書の 送付先	※上記歯科医院の住所と異なる場合、ご記入ください。		
歯科医院 ご連絡先	必ずご記入ください	必ずご記入ください	
	TEL. _____	FAX. _____	
職種	歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ その他 () ※該当に○をつけてください。その他の場合は () 内に職種名をご記入ください。		
フリガナ			
受講希望者名			
性別	男 ・ 女 ※該当に○をつけてください。	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 歯科衛生士の受講も受け付けておりますが、定員を超過した場合は歯科医師を優先させていただきます。
- 受講者の調整をさせていただく場合のみ、ご連絡いたします(受験票の事前送付はありません。)
- 研修を修了した歯科医師には、修了証書を発行いたします。歯科医師以外の受講者には受講証明書を発行いたします。
- 研修修了者名簿につきましては、必要に応じて各区市町村及び地域包括支援センターへ提供させていただきます。

会場案内

武蔵野スイングホール
東京都武蔵野市境2-14-1

アクセス

JR 中央線
武蔵境駅 北口より徒歩2分
※お車でのご来場はご遠慮下さい。

