

地区歯科医師会長 様

公益社団法人東京都歯科医師会
会 長 山 崎 一 男

公
印
略

東京都周術期口腔ケア推進事業 第2回導入コース研修の開催について（周知依頼）

時下 ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より本会会務の運営に格別なるご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、東京都においては、がん診療拠点病院等、周術期の患者を抱える病院が多数存在し、患者数も他県と比べ格段に多くなっております。そのため、柔軟で幅広い診療・治療と東京都の実情に合わせた対応が必要となっており、本会では東京都委託事業として標記事業を実施しております。

つきましては、別紙日程にて、今年度2回目の導入コース研修を開催いたしますので、別紙申込書により、**FAX (03-3262-4199) に 2月25日(木) までにお送りいただきますようお願いいたします。**

ご多忙の折、大変恐縮ではございますが、ご参加のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

※本研修は、がん医療連携登録歯科医院に必要な「基礎コース研修」及び「応用コース研修」とは、異なる研修となります。こちらを受講いただいても、がん医療連携登録歯科医院への登録はできませんので、予めご了承ください。

下記の要件に該当する方は、ご来場をお断りいたします。

- ・マスクを着用していない方（本会ではマスクの提供をしておりませんので、予めご用意ください。）。
- ・風邪の症状（発熱、咳、くしゃみ、のどの痛みなど）がある方。
- ・だるさ（倦怠感）や息苦しさがある方。
- ・その他、体調に不安がある方。

※新型コロナウイルス感染症等の感染状況により、中止となる場合がございますので、本会ホームページまたはお電話にてご確認ください。

※こちらは事前申込制となっております。当日のご参加はできませんのでご注意ください。

記

【第2回導入コース研修】

日 時：令和3年2月26日（金）19：00～20：20

会 場：シアター1010（センジュ）11階・視聴覚室（足立区千住3-92 北千住マルイ11階）

ア ク セ ス：JR、地下鉄、つくばエクスプレス「北千住駅」西口より徒歩3分

※駐車場のご用意がありませんので、お車でのご来場はご遠慮下さい。

募集人数：40名（先着）

参加対象者：東京都歯科医師会会員及びそこに勤務する歯科衛生士

申 込 方 法：本チラシ裏面の申込書に必要事項をご記入の上、FAX（03-3262-4199）にてお申し込み下さい。または、本会ホームページのイベント情報の申込フォームよりお申し込み下さい。

※受講証は送付いたしません。会場へ直接お越し下さい。

申 込 期 限：令和3年2月25日（木）（但し、定員に達し次第締め切らせて頂きます。）

※なお、定員超過後のみ、お断りの連絡をさせていただきます。

講 演：演 題 「医科の視点から周術期口腔ケアの重要性を考える
～特に、がん手術と口腔ケアの接点～」

講 師 公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院 院長 黒 井 克 昌

演 題 「なぜ、周術期に口腔管理が必要なのか？」

講 師 都立駒込病院 歯科口腔外科 医長 山 内 智 博

問合せ先

東京都歯科医師会
事業第一課 丸山・荒木
TEL：03-3262-1148
FAX：03-3262-4199

東京都周術期口腔ケア推進事業 第2回導入コース研修 参加申込書

令和3年2月26日（金）19:00～：シアター1010（センジュ）11階・視聴覚室

下記の要件に該当する方は、ご来場をお断りいたします。

- ・マスクを着用していない方（本会ではマスクの提供をしておりませんので、予めご用意ください。）。
- ・風邪の症状（発熱、咳、くしゃみ、のどの痛みなど）がある方。
- ・だるさ（倦怠感）や息苦しさがある方。
- ・その他、体調に不安がある方。

※新型コロナウイルス感染症等の感染状況により、中止となる場合がございますので、本会ホームページまたはお電話にてご確認ください。

※こちらは事前申込制となっています。当日のご参加はできませんのでご注意ください。

【講演】

演題 「医科の視点から周術期口腔ケアの重要性を考える
～特に、がん手術と口腔ケアの接点～」

講師 公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院 院長 黒井克昌

演題 「なぜ、周術期に口腔管理が必要なのか？」

講師 都立駒込病院 歯科口腔外科 医長 山内智博

【日時】

令和3年2月26日（金）19:00～20:20

【会場案内】

シアター1010（センジュ）11階・視聴覚室（足立区千住3-92 北千住マルイ11階）

【アクセス】

JR、地下鉄、つくばエクスプレス「北千住駅」西口より徒歩3分

※お車でのご来場はご遠慮ください。

【申込方法】

本申込書に必要事項をご記入の上、FAX(03-3262-4199)にてお申込み下さい。

または、本会ホームページの「イベント情報」の申込みフォームよりお申し込みください。

FAX : 03-3262-4199

東京都歯科医師会 事業第一課 丸山 行

ご記入日： 年 月 日

歯科医院名		所属地区 歯科医師会名	
ご住所	〒		
ご連絡先	<u>必ずご記入下さい</u> <u>TEL.</u>		<u>必ずご記入下さい</u> <u>FAX.</u>
職種	歯科医師 ・ 歯科衛生士 （当てはまる職種に○を付けてください）		
受講希望者名	ふりがな		

※受講票はございません。筆記用具だけをお持ちになり、当日、直接会場の方へお出で下さい。

定員に達してからのお申込みがあった場合にのみ、こちらからご連絡いたします。