

2019年4月24日

公益社団法人 東京都歯科衛生士会  
会長 富田 基子

## 2019年度 第1回 学術研修会のお知らせ

2019年度より、第5次生涯研修制度 専門研修 C特定コース b「**周術期等の口腔機能管理**」のプログラムに添った研修会を開催いたします。

就きましては、東邦大学医学部口腔外科学教室准教授 関谷秀樹先生に、がん治療の段階で摂食嚥下障害を伴う事例を盛り込んだ講演を企画しております。実践に即した内容となっておりますので、皆様ふるってご参加ください。

### 記

1. 日 時： 2019年5月26日（日） 10時00分～15時00分（受付9時30分～）
2. 会 場： 昭和大学病院入院棟 地下1階臨床講堂 所在地 東京都品川区旗の台1-5-8
3. 内 容： 演題『周術期の口腔機能(摂食嚥下も含む)をどう評価して、どう管理するか？  
～口腔がん・高齢手術患者などを対象に～』

講師：関谷秀樹先生（東邦大学医学部口腔外科学教室 准教授

東邦大学医療センター大森病院 口腔外科 診療部長）

#### 単位申請予定のプログラム内容（4単位：1単位60分）「周術期（がん患者等）の口腔ケア」

II	がん手術患者の歯科治療・口腔ケア	A 周術期における歯科介入の意義	1単位
III	がん薬物療法（化学療法）患者の歯科治療・口腔ケア	A 薬物療法を受ける患者の特徴	1単位
IV	放射線療法患者の歯科治療・口腔ケア	A 頭頸部の放射線・化学放射線療法の特徴	1単位
VIII	チーム医療 連携	A 医科歯科連携の概要と連携の流れ	1単位

#### ※ 日本歯科衛生士会生涯研修制度「認定更新生涯研修」へ単位申請予定

4. 会 費： 当会会員 ￥3,240 他府県会員 ￥4,320 会員外 ￥10,800

今年度より受講料の消費税を外税といたしました。お間違えのないようお振込みください。

5. 定 員： 150名

6. 申し込み方法：下記の事項を記入の上、**申込期間内**にお申込下さい。連名での申込みや、記載事項不備の場合には受付できません。**申し込み方法はフレッシュアップセミナーと異なります。ご注意ください。**

- ① 申込み用紙に必要事項を記入・返信封筒用（当会で用意します）の**宛名用紙**に本人住所氏名を記入
- ② **82円切手**を用意
- ③ ①の切り離した宛名用紙と**②の82円切手を同封**し、**封書**にて申込み先に郵送してください。

7. 申し込み期間：2019年4月24日（水）～ 2019年5月15日（水） 必着

- ・お申込み後に、**受講証・振込取扱票（会費用）・会場の案内等**を当会の封筒で返送致しますので、お手元に届き次第ご確認ください。
- ・申し込みは先着順です。期間内でも定員になり次第お断りする場合がございますのでご承知おきください。
- ・ご不明な点がございましたら当会事務局までご連絡ください。

第1回 学術研修会 参加申し込み用紙

<キャンセル待ち> ・希望する ・希望しない  
<認定更新生涯研修単位証明書> ・希望する ・希望しない

\*認定分野 A の認定を取得された歯科衛生士の更新単位です

(ふりがな)

氏 名

連絡先 (〒・住所)

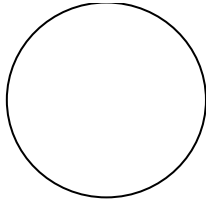
電話番号 (連絡が可能な番号をお願いします)

所属衛生士会 (該当する番号に○を付け、必要事項をご記入下さい)

- 1. 東京都 ( \_\_\_\_\_ ブロック 会員番号 \_\_\_\_\_ )
2. 他府県 ( \_\_\_\_\_ 歯科衛生士会 会員番号 \_\_\_\_\_ )
3. 会員外 ( ・ 歯科衛生士 ・ その他 : <職種 \_\_\_\_\_ > )

事務局記入欄(日付)

事務局記入欄 (受付番号)



きりとり

- ① 申し込み用紙を切り離し、必要事項を記入
② 宛名用紙に本人住所氏名を記入
③ 82円切手を用意
④ ①+②+③ を同封し、封書にて下記の申込み先に郵送してください。返信用封筒は不要です。

<申込み先> 〒113-0033 東京都文京区本郷 2-21-3-4F
公益社団法人東京都歯科衛生士会 第1回 学術研修会(5/26)係

住所・氏名を記入し、切り取って同封して下さい

お申込みの封筒に切り取ってお使い下さい

宛名用紙

〒
(住所)

(氏名) \_\_\_\_\_ 様

〒113-0033
東京都文京区本郷 2-21-3-4F

公益社団法人 東京都歯科衛生士会
第1回 学術研修会 (5/26) 係