

会員各位

令和1年12月2日
公益社団法人 東京都歯科衛生士会
会 長 藤 山 美 里

2019年度 第5回 学術研修会のお知らせ

今回の学術研修会はNHKでも一部紹介された、認知症の方の視界や混乱を引き起こしてしまう場面を、VRを使用して3D体験できるセミナーを提供している(株)シルバーウッド社と共に、認知症の体験実習を企画しました。

また、地域に根ざし訪問歯科診療でもご活躍されている寺本内科歯科クリニックの寺本浩平先生をお招きし、認知症の摂食嚥下障害の患者への支援についてご講演いただく予定です。

第5次生涯研修制度の内容に沿った内容となっておりますので、ふるってご参加ください。

記

1. 日 時： 2020年1月12日(日) 10時00分～15時00分(受付9時30分～)
2. 会 場： 日本歯科大学生命歯学部 131・132 講堂 千代田区富士見1-9-20
3. 内 容： テーマ①「認知症VR体験を通して認知症への対応を考える」 講師 (株)シルバーウッド
テーマ②「認知症を踏まえた要介護高齢者への食支援」
講師 寺本内科・歯科クリニック 寺本浩平 先生

単位申請予定のプログラム内容(4単位：1単位60分)

専門研修(基本研修)C 特定コースc 在宅歯科医療の基礎		
Ⅲ在宅療養者の病態把握	B 身体機能および精神状態の変化の把握	1単位
	E 歯科診療上の問題点と対応	1単位
専門研修(基本研修)A 臨床研修コースb 摂食嚥下機能療法の基本技術		
Ⅲ摂食嚥下障害の病態論	B 摂食嚥下障害	1単位
Iリハビリテーション総論	E 摂食嚥下リハビリテーションにおける歯科衛生士の役割	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 ¥7,700 他府県会員 ¥8,800 会員外 ¥15,400 ※実習費を含みます。
5. 定 員：100名 50名ずつ班に分かれ、VR実習と寺本先生の講義を受講していただきます。
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は受付できません。

- ① 申込み用紙に必要事項を記入。
- ② 宛名用紙に本人住所氏名を記入(返信封筒は当会で用意します)。
- ③ 84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。

〈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 学術研修会係

7. 申し込み期間：令和1年12月3日(火)～令和1年12月25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も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。

TEL 03-5689-4311 FAX 03-5689-4312 ホームページ <http://tokyo-jdha.or.jp>

第5回学術研修会 参加申し込み用紙

<複数都道府県会員> 基本会員都道府県 () 該当者のみ記入
<キャンセル待ち> ・希望する ・希望しない

(ふりがな)

氏 名

連絡先 (〒・住所)

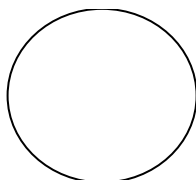
電話番号 (連絡が可能な番号をお願いします)

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 (_____ 衛生士会 会員番号 _____)
- 3. 会員外

事務局記入欄(日付)

事務局記入欄 (受付番号)



きりとり

※良くご確認ください

- 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 84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 学術研修会係

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5回 学術研修会 係