

平成 30 年度 第 3 回 学術研修会のお知らせ

今回の学術研修会は、大変ご好評をいただいております昭和大学歯学部小児成育歯科学講座 専任講師 綾野理加先生をお招きし、昨年度と同様、摂食嚥下リハビリテーションにおける評価を中心とした研修会を開催いたします。第 4 次生涯研修制度の専門研修(基本研修)A 臨床コース b 摂食・嚥下機能療法の基本技術のプログラム内容に沿った内容となっております。実習を含む下記の内容で開催いたしますので、ふるってご参加いただきますようお願い申し上げます。また、昨年度受講された方のお申し込みはご遠慮下さい。(今回は歯科衛生士限定とさせていただきます。)

記

1. 日 時： 平成 30 年 11 月 11 日 (日) 10 時 00 分～15 時 00 分 (受付 9 時 30 分～)
2. 会 場： アポロ歯科衛生士専門学校 所在地 東京都中野区上高田 4-15-4
3. 内 容： 仮題『摂食・嚥下障害への対応 ～評価の意義と実際～』 午後は実習となります。  
 講師 昭和大学 歯学部小児成育歯科学講座 兼任講師 綾野理加 先生

単位申請予定のプログラム内容 (4 単位：1 単位 60 分)

II 摂食・嚥下のメカニズム	B 摂食・嚥下器官の生理	1 単位
IV 摂食・嚥下の検査と評価 (フィジカルアセスメント)		
	B フィジカルアセスメント	1 単位
	D 摂食・嚥下機能スクリーニング	1 単位
	E 嚥下器官運動検査	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 ¥3,200 他府県会員 ¥4,300 会員外 ¥10,800
5. 定 員： 60 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は受付できません。  
 \*申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の切り離れた用紙 2 枚と②の82 円切手を同封し、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 学術護研修会係
7. 申し込み期間：平成 30 年 10 月 1 日 (月) ～ 平成 30 年 10 月 25 日 (木) 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。

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

### 第3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

<聴診器>

・持っている

・持っていない

・自分で用意

・東衛会より購入希望

(ふりがな)

氏 名

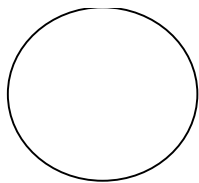
連絡先 (〒・住所)

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 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3回 学術研修会 係