

関係団体等 各位

公益社団法人 川崎市歯科医師会  
会 長 松 山 知 明  
地 域 医 療 部 委 員 会  
委 員 長 水 田 康 裕

## 川崎市歯科医師会地域連携室研修会開催のお知らせ

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、平素より川崎市歯科医師会診療事業にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。川崎市歯科医師会は他職種と連携することで、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように歯科医師会としての役割を担って行きたいと考えております。

そこで、在宅での歯科診療を円滑に行い、地域の高齢者のQOLが向上する事を目的として標記研修会を下記の通り開催する事となりました。

本研修会では、在宅高齢者の自宅を訪問した際に、歯科医療や口腔のケアが必要とされるような方の判断の仕方や口腔のケアへの導入の仕方を実際の事例を通してご理解していただける研修内容となっております。

ご多忙中恐縮ですが、万障お繰り合わせのうえご出席頂きます様ご案内申し上げます。

今回の研修会は新型コロナウイルス感染症に対する感染予防対策として「会場受講」と「後日配信によるオンデマンド受講」に分けて開催いたします。どちらの受講も事前申し込みによる各定員制とさせていただきます。そのため先着順で定員になり次第締め切らせていただきます。

さらに医療従事者として必要な感染防止対策は十分に実施し、万全な体制で受講者の皆さんに安心して研修会を受講できるよう努めてまいります。

受講形式によって申し込み方法が異なりますので別紙をご参照の上、お申込みください。

### 記

日 時：令和3年10月30日（土） 午後6：30～午後8：00

場 所：川崎市歯科医師会館

会場内ではマスクの着用と事前検温のご協力をお願いいたします

演 題：「在宅における口腔ケア ～摂食・口腔ケア時の注意～」

講 師：広川 香先生（日本体育大学医療専門学校 健康口腔学科長）

定 員：会場受講 20名 / オンデマンド受講 100名

参加費：無 料

お申し込み確認次第、必ず地域連携室より研修会の可否をFAXまたはメールにてご連絡いたします。お申し込みから1週間以上連絡がない場合は、お手数ですが地域連携室までご連絡ください。またキャンセルは必ずご連絡ください。

# 令和3年度川崎市歯科医師会地域連携室研修会

## {会場受講用・先着20名} 参加申込書

標記研修会への参加を希望される方は、以下の表に必要な事項を御記入の上、川崎市歯科医師会地域連携室まで FAX (044-222-3924) にてお申込み下さい。

先着順(20名)で定員になり次第締め切らせていただきますのでご了承ください。

その際、オンデマンド受講に変更することが可能です。受講変更可能な方はオンデマンド配可能なPCアドレス等の御記入と下記の受講変更の可否についてご記入ください。

配信時期につきましては会場開催終了から10日後の11月10日(水)午前10時から受講希望者に随時、メールにて視聴用URLと視聴後アンケートをご連絡いたします。メールが届き次第、ご視聴ください。

配信期間といたしましては令和3年11月10日(水)メール受信次第～令和3年12月8日(水)午後15時までの1か月間の期間限定となりますのでご注意ください。

会場受講の方で日歯生涯研修ICカードをお持ちの方は、当日ご持参ください

定員に達した際はオンデマンド配信受講を 希望する ・ 希望しない

### 【出席希望者】

氏名	事業所名・TEL	職種名(○印)	PCアドレス
	TEL FAX	歯科医師 歯科衛生士 その他( )	
	TEL FAX	歯科医師 歯科衛生士 その他( )	
	TEL FAX	歯科医師 歯科衛生士 その他( )	

\*PCアドレスは、大文字・小文字の区別。(ドット)の位置等わかるようご記入ください。

### 《申込期限》

申し込み締め切り日 令和3年9月30日(木)まで

### 《申込書送信先》

FAX: 044-222-3924 (川崎市歯科医師会地域連携室)

### 《研修に関する問合せ先》

TEL: 0120-390-418 (川崎市歯科医師会地域連携室)

~~~~~

### 【地域連携室連絡欄】

- 上記内容で地域連携室研修会【会場受講】の申し込みを受け付けました
- 上記内容で地域連携室研修会【オンデマンド受講】の申し込みを受け付けました
- 定員に達しましたので、申し込み受付を終了いたしました

令和 3 年 月 日  
地域連携室 地域連携室研修会担当

# 令和3年度川崎市歯科医師会地域連携室研修会

## {オンデマンド配信受講用・先着100名} 参加申込方法

標記研修会への参加を希望される方は、以下の必要事項をご記載の上、川崎市歯科医師会地域連携室までメール（オンデマンド配信可能なPCアドレスをご使用ください）にてお申込み下さい。

申込方法：地域連携室メールアドレス [k-renkei@kawashi.or.jp](mailto:k-renkei@kawashi.or.jp) に下記事項を記載の上、お申し込みください。

件名：在宅における口腔ケア受講  
本文：お名前（ふりがな）  
事業所名  
ご連絡先（電話番号）  
職種

### 申込にあたってのご確認、留意事項

#### 【オンデマンド配信受講の方】

- ・配信時期につきましては、会場開催終了から10日後の令和3年11月10日（水）午前10時から受講希望者に随時、視聴用URLと視聴後のアンケートのご連絡をいたします。メールが届き次第、ご視聴ください。  
配信期間といたしましては令和3年11月10日（水）メール受信次第～令和3年12月8日（水）午後15時までの1か月間の期間限定となりますのでご注意ください。
- ・アンケートの締め切りは令和3年12月8日（水）午後16時までとなっております。
- ・日歯生涯研修ICカードをお持ちの方は、視聴後のアンケートに日歯生涯研修ICカード番号を記載してご返信ください。川歯で一括申請いたします。
- ・受講される端末1台につき、1名1メールアドレスでお申し込みください。（同じアドレスで複数名の申し込みは出来ません）
- ・セミナーの録音・録画・スクリーンショット等、及び資料の2次利用、詳細内容のSNS等への投稿は固くお断りいたします。
- ・受講者様のPC環境（セキュリティ環境、性能等）、インターネット接続回線等）によっては、正常に受講いただけない場合があります。必ず、事前にご確認下さい。

#### 《研修会に関する問合せ先》

川崎市歯科医師会在宅歯科医療地域連携室 TEL 0120-390-418

#### 《申込期限》

申し込み締め切り日 令和3年9月30日（木）まで