

令和 7 年度 歯科医療関係者感染症予防講習会(秋田会場) 開催要領

1. 目 的	歯科医療関係者に対して、HIV や HBV、新型コロナウイルス感染症等の病原体各々の特徴を踏まえた院内感染対策等に関する講習を行い、歯科保健医療の安全の確保を図ることを目的とする。
2. 事業の実施主体	厚生労働省の「歯科関係者講習会実施要綱」に基づき、日本歯科医師会が受託し、都道府県歯科医師会の協力のもとに実施する。
3. 日 時	令和 7 年 9 月 21 日（日） 10:00～12:30
4. 場 所	秋田県歯科医師会館 3 階大会議室 (秋田市川尻町字大川反 170-102 TEL018-865-8020)
5. 対 象	<u>歯科医師（県歯・都市歯未入会者の受講可）、</u> 歯科技工士、歯科衛生士等
6. 研修テーマ	歯科診療に係る HIV や HBV、新型コロナウイルス感染症等の病原体各々の特徴を踏まえた院内感染対策等
7. 講 師	野崎 剛徳 先生 (大阪大学 歯学部附属病院 准教授)
8. 日 程	10:00～10:05 開会行事 10:05～12:30 講義
9. 受講修了証の授与	受講者すべてに対し、日本歯科医師会から修了証が授与されます。
10. 参加申込方法	別紙申込書に所定事項を記入の上、9月2日（火） <u>〔必着〕</u> まで F A X 又は郵送にて秋田県歯科医師会事務局へお申込み願います。
11. 申込先・問い合わせ先	〒010-0941 秋田市川尻町字大川反 170 番地 102 秋田県歯科医師会事務局 電話 (018)865-8020 FAX(018)862-9122
12. その他	・参加費無料

FAX018-862-9122

秋田県歯科医師会 行

**令和 7 年度
歯科医療関係者感染症予防講習会(秋田会場)
参加申込書**

令和 7 年 月 日

所属（勤務先）	職 種	ふりがな 氏 名

【連絡先】 所属名(勤務先)..... 担当者名..... 電話番号（.....）.....
--

* 必要事項をご記入の上、秋田県歯科医師会事務局へ 9 月 2 日（火）〔必着〕まで F A X 送信又は郵送にてお申し込み願います。