

令和 8 年度歯科医師認知症対応力向上研修会 開催要領

1. 目 的	高齢者が受診する歯科医師に対し、認知症の人本人とその家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性等を習得するための研修を実施することにより、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた歯科治療・口腔管理を適切に行い、認知症の人への支援体制構築の担い手となることを目的とする。
2. 主 催	秋田県歯科医師会
3. 日 時	令和 8 年 9 月 13 日（日） 10:00～13:00
4. 場 所	秋田県歯科医師会館 (〒010-0941 秋田県秋田市川尻町字大川反 170-102 TEL018-865-8020)
5. 開催形式	・9/13 ハイブリット形式（実開催＋ライブ配信） ・オンデマンド配信（9/13 終了後、YouTube による会員限定配信）
6. 講 師	■ 枝 広 あや子 先生 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 認知症・精神保健研究 専門副部長 ■ 畠 山 桂 郎 先生 一般社団法人秋田県歯科医師会 副会長
7. 日 程 （予定）	10:00 開会・挨拶 10:05 講演Ⅰ（Ⅰかかりつけ歯科医の役割／Ⅱ基本知識／Ⅲ歯科診療における実践） 〔講師〕枝広あや子 先生 12:35 講演Ⅱ（Ⅳ地域・生活における実践） 〔講師〕畠山 桂郎 先生 12:50 質疑応答 13:00 閉会
8. 対 象	歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手等
9. 申込方法	① 秋田県歯科医師会館での受講を希望される方は、別添の「受講申込書」を FAX 又は郵送にて提出 ② ライブ配信での受講を希望される方は、別紙「WEB 配信での受講方法」を参照の上、本会ホームページより申込み

10. 申込期限	<u>令和8年9月7日（月）【厳守】</u>
11. その他	・参加費無料
12. 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 TEL018-865-8020 FAX018-862-9122

ライブ配信での受講方法

今回は「Zoom ウェビナー」を使用して配信(ライブ)も行います。視聴を希望される方は、メールアドレスの登録が必須となりますので、下記手順をご参照の上、お申し込みください。

【受講申込】

- ① 「秋田県歯科医師会ホームページ」を開く
- ② トップページ上の「歯科医師認知症対応力向上研修会」のバナーをクリック
- ③ 専用サイト上(Google フォーム)で、メールアドレス、お名前等を入力して「送信」をクリック
- ④ 登録アドレスに『「歯科医師認知症対応力向上研修会(ハイブリッド形式)」にご記入いただきありがとうございます』というメールが送信されますのでご確認ください。
(受講申込は以上です)

* 受付メールの送信元アドレスは(forms-receipts-noreply@google.com)です。

* メールアドレスを正確に把握するため、FAX等による受講申込は受付いたしません。専用サイト上からの申込みにご協力願います。

【Zoom ウェビナーへの事前登録】

- ⑤ 申込締切日以降(9月7日以降)に本会から「Zoom ウェビナー招待状」を登録アドレスにメール送信いたします。届かない場合は、本会事務局までご連絡ください。
招待メールの送信元アドレスは(akishikousyuukai@gmail.com)です。
- ⑥ メール本文中のURLをクリック(Zoom ウェビナー事前登録サイトに接続されます)
- ⑦ お名前とメールアドレス(受講申込時に登録したアドレス)を入力して「登録」をクリック

* 事前登録がなされると、当日の視聴記録が確認できません。

- ⑧ 登録アドレスに最終案内メールが送信されますので、ご確認ください。
最終案内メールの送信元アドレスは(no-reply@zoom.us)
メールの内容を他の方に知らせたり、SNSなどで絶対に公開しないでください。

【当日の視聴】

- ⑨ 上記⑧で届いたメールを開く
- ⑩ メール本文中にある「ウェビナーに参加」ボタンをクリック → 視聴開始
- ⑪ 研修会終了 → 画面右下の「退室」をクリック

裏面に続く

注 意 事 項

「Zoom ウェビナー」を視聴するには…

- ① インターネットWEB会議ソフト「Zoom」のインストールが必要です。
- ② WEBカメラ・マイクは不要です。
- ③ 既に「Zoom」をインストール済みの方は、受講前に最新バージョンにアップデートしてください。
古いバージョンのままだと「音声聞こえない」「画像が見えない」など、視聴できない場合があります。
- ④ 使用しているWEB会議ソフト「Zoom」の視聴記録をもって受講証明としますが、「研修会受講
確認書 兼 アンケート」の提出がなければ、修了証書を交付することはできません。
(歯科医師のみ)
- ⑤ 配信 URL を他の方に知らせたり、SNS など絶対に公開しないでください。
- ⑥ 回線・機器の状況によっては通信が不安定になったり、それを原因とした音声・映像等の不具合が発生したりする可能性があります。
- ⑦ 予期せずネット環境が乱れる可能性があります。予めご了承ください。
- ⑧ 本イベントの録画・録音、画面のスクリーンショットや撮影等を禁止いたします。

【受講申込時の注意点】

誤った内容を登録した場合や携帯電話のアドレスをご利用されている場合、招待状メールが届かないことがあります。必ず『迷惑メール設定』『受信拒否設定』『指定ドメイン受信設定』などの設定内容を確認し、当方からのメールが受信できる状態にしてください。

本会からメール送信で使用するアドレスは下記3つです。

akishikousyuukai@gmail.com

forms-receipts-noreply@google.com

no-reply@zoom.us

— ご不明な点は秋田県歯科医師会事務局までご連絡ください —

【事務局担当者】

秋田県歯科医師会事務局 嵯峨
〒010-0941 秋田市川尻町字大川反 170-102
TEL(018)865-8020 FAX(018)862-9122
E-mail : somu@akita-da.or.jp

FAX(018)862-9122

秋田県歯科医師会 行

令和 8 年度歯科医師認知症対応力向上研修会
受講申込書

令和 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 7 日（月）【厳守】まで F A X
又は郵送にてお申し込み願います。

* ライブ配信での受講を希望される場合は、本会ホームページよりお申し込みください。
本用紙では受付しかねます。