

「口腔衛生管理推進研修会」開催要領

1. 目 的	要介護や障害を有する場合、歯科保健医療の提供においては、専門的な知識と技術に基づく適切な口腔衛生管理が不可欠である。 口腔衛生状態の維持・改善を図る上では、単に口腔内の清掃状態を確保するだけでなく、咀嚼や嚥下といった口腔機能の低下が衛生状態に与える影響を的確に評価し、対応することが極めて重要となる。 本研修会では、質の高い口腔衛生管理を推進・実践するために、口腔機能低下症の評価法や具体的対応について理解を深め、歯科専門職としての実践的な知識・技術の向上を図ることを目的とする。
2. 主 催	秋田県・秋田県歯科医師会
3. 日 時	令和 8 年 10 月 10 日（土） 15:30～17:30
4. 会 場	秋田県歯科医師会館 （〒010-0941 秋田市川尻町字大川反 170-102 TEL018-865-8020）
5. 形 式	講義＋実習（1 グループ 6 人×8 グループ）
6. 定 員	<u>50名（先着順）</u>＊定員になり次第、締め切らせていただきます。
7. 講師並びに演題	
	講師：おはら ゆき 小原 由紀 先生（歯科衛生士） （宮城高等歯科衛生士学院 教務主任） 演題：「実習で学ぼう！口腔機能低下症の評価と対応～」
8. 対 象	歯科医師、歯科衛生士
9. 申込方法	別紙の「受講申込書」を FAX 又は郵送にて提出
10. 申込期限	<u>令和 8 年 10 月 2 日（金）【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

別紙

FAX(018)862-9122

秋田県歯科医師会 行

口腔衛生管理推進研修会 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 10 月 2 日（金）【厳守】まで F A X
又は郵送にてお申し込み願います。