

愛歯発第 741 号
令和4年1月 14 日

会員各位

一般社団法人 愛媛県歯科医師会
会長 橋 本 成 人
同地域保健委員会
常務理事 坂 宗 尚

令和3年度「愛媛県歯科医師の認知症対応力向上研修会」のご案内

寒中の候、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、認知症の方や家族を支えるため認知症対応の基本知識を習得し、他職種連携の重要性を認識する目的で、愛媛県の委託を受けて下記のとおり標記研修会を開催いたします。

つきましては、参加ご希望の方は、申込書に必要事項をご記入いただき、令和4年2月5日までに、本会事務局までご回報賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本研修会は歯科医師以外の職種の方も参加可能ですので多数のご参加をよろしくお願い申し上げます。

記

1. 日時 令和4年2月 13 日(日)10:00～14:40 (スケジュールは別紙にて掲載)
2. 開催方法 Webex による Web 開催

以上

(修了証に関して)

- ・研修を修了された会員には、県知事名の修了証を交付します。(後日郵送)
- ・本研修会は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(か強診)の施設基準通知(8)のクに指定される研修に該当します。
- ・研修の修了は、開始から終了までの参加が必要です。
- ・研修中は必ずビデオを ON にして存在を確認できるようにしてください。
- ・研修会后、招待メールをお送りしたアドレスへ日歯からのアンケート(Word)及び Google form にて作成した本会のアンケートをメールいたしますのでご回答くださいますようお願いいたします。

令和3年度「愛媛県歯科医師の認知症対応力向上研修会」受講申込書

氏名: _____ 職種: 歯科医師・歯科衛生士・その他(_____)

氏名: _____ 職種: 歯科医師・歯科衛生士・その他(_____)

氏名: _____ 職種: 歯科医師・歯科衛生士・その他(_____)

歯科医療機関名 _____
〒 _____

e-mail: _____

※研修会参加に必要な招待メールをお送りしますので、正確にご記入ください。

日歯 IC カード番号: _____

- ・前日までにWeb会議室へ入室するためのメールを送付させていただきますので、当日はそちらのメールからご入室ください。
- ・スタッフの方が参加される場合でも招待メールは会員の先生にしか送りません。スタッフの方には、会員の先生から招待メールを転送してください。転送招待メールからでも参加可能です。

1. 申込先 e-mail: kuwata@ehimeda.or.jp
FAX: 089-932-5048
2. 締切 令和4年2月5日

【担当】

一般社団法人愛媛県歯科医師会事務局

担当: 桑田

TEL: 089-933-4371

FAX: 089-932-5048

e-mail: kuwata@ehimeda.or.jp

令和3年度愛媛県歯科医師の認知症対応力向上研修会

日時：令和4年2月13日（日）10：00

場所：WEB 配信

タイムスケジュール（敬称略）

司会 愛媛県歯科医師会 地域保健委員会

担当委員 薦 田 浩 詞

10：00～

開会挨拶

愛媛県歯科医師会会長 橋 本 成 人

10：05～10：35

講演1 「連携・制度」

愛媛県保健福祉部長寿介護課長 宮 崎 浩 志

10：40～12：10

講演2 「かかりつけ医の役割」

医療法人至高会 在宅療養支援診療所たかせクリニック

理事長 高 瀬 義 昌

12：10～12：20

質疑応答

（昼食休憩）

13：00～14：30

講演3 「認知症の医科的基本知識」

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

歯科口腔外科部長 平 野 浩 彦

14：30～14：40

質疑応答

14：40～

閉会挨拶

愛媛県歯科医師会副会長 栃 木 大 成