

病院歯科介護研究会 第18回 総会・学術講演会

地域包括ケア

地域で生活する認知症の方を口腔からみる
～病院・施設・在宅での連携～

2015年
11/1 日

9:40～16:00
受付開始 9:30

会場

岡山国際交流センター
8F イベントホール

〒700-0026 岡山市北区奉還町2丁目2-1 Tel. 086-256-2905 Fax. 086-256-2226

参加費

事前登録

会員 3,000円
会員外 医師・歯科医師 6,000円
 歯科衛生士・その他 5,000円

当日登録

会員 4,000円
会員外 医師・歯科医師 7,000円
 歯科衛生士・その他 6,000円

※会員価格の適応は10月1日時点で会員会費完納者に限ります。
当日参加登録の参加費は、会場にてお支払いとなります。

申込方法

裏面の参加申込書を10月9日までに、
FAXにてご送付ください。
振込先および振込額をE-mailでお知らせします。

定員

192名 ※先着順

program

9:40 } 10:00	総会	
10:05 } 10:10	開会挨拶	小林 芳友 (第18回病院歯科介護研究会総会・学術講演会大会長)
10:15 } 11:15	基調講演	地域包括ケアシステムの基本的な考え方 — 歯科医療関係職への期待と今後の戦略 筒井 孝子 (兵庫県立大学大学院経営学研究科教授)
11:30 } 12:30	教育講演	地域での(認知症)高齢者の口腔管理 枝広 あや子 (東京都健康長寿医療センター研究所)
12:45 } 13:45	ランチョン セミナー	精神科看護師が行なう口腔ケア・摂食嚥下リハビリテーション 高橋 清美 (学校法人日本赤十字学園 日本赤十字九州国際看護大学精神看護学教授) 協賛 ティーアンドケー株式会社
14:00 } 16:00	シンポジウム	地域包括ケアにおける認知症高齢者の口腔管理—病院・施設・在宅での連携 ◆ 開業歯科の立場から 猪原 健 (猪原歯科・リハビリテーション科) ◆ 地域歯科医師会が主体となる取り組み 枝広 あや子 (東京都健康長寿医療センター研究所) ◆ 病院歯科の立場から 木村 年秀 (まんのう町国民健康保険歯科診療所) ◆ 地域包括ケア構築に向けた 真庭市の取り組み 作本 修一 (さくもとクリニック, 岡山県真庭市)

事前参加申込書 (事前登録締切 10月9日)

病院歯科介護研究会 第18回総会・学術講演会 運営事務局 (積善病院歯科) 行
FAX 送信先 : 0868-22-6527

- ・ 下記ご記入の上、積善病院歯科までFAXにてお申し込みください。
- ・ 「申込み担当者」様が参加される場合は、下記参加者情報欄(②)にも再度ご記載ください。
- ・ 参加者が7名以上の場合は本用紙を2枚ご利用ください。
- ・ E-mailアドレスを必ず記載ください。参加費振込先をそのE-mailアドレスへ案内いたします。

①【申込み担当者 情報】

登 録 日	平成 27 年 月 日		
氏 名		ふりがな	
所 属 施 設			
所 属 部 署			
連 絡 先 (申込み担当者)	※ 希望連絡先 (チェックをお入れください) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属施設 〒 - -		
電 話 番 号	- - (内線)	FAX	- -
E-mail (振込先をメールで案内します)	@		

②【参加者 情報】 申込み担当者も参加される場合は、下記にも再度ご記入ください。

参加者 1	氏 名		ふりがな	
	所 属 部 署		職 種	
	参加区分	【会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種		【非会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種
	会員番号			
参加者 2	氏 名		ふりがな	
	所 属 部 署		職 種	
	参加区分	【会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種		【非会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種
	会員番号			
参加者 3	氏 名		ふりがな	
	所 属 部 署		職 種	
	参加区分	【会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種		【非会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種
	会員番号			
参加者 4	氏 名		ふりがな	
	所 属 部 署		職 種	
	参加区分	【会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種		【非会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種
	会員番号			
参加者 5	氏 名		ふりがな	
	所 属 部 署		職 種	
	参加区分	【会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種		【非会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種
	会員番号			
参加者 6	氏 名		ふりがな	
	所 属 部 署		職 種	
	参加区分	【会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種		【非会員】 <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他職種
	会員番号			