

## 平成29年度歯科医師認知症対応力向上研修会実施要領

- 1、目的 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ためのかかりつけ歯科医として必要な認知症の人にかかる基礎知識・連携等の習得を目的とする。
- 2、主催 福島県・福島県歯科医師会
- 3、対象 県内で勤務（開業を含む）する歯科医師概ね100名  
ただし、歯科衛生士等の聴講も可能。
- 4、会場 奥羽大学 第3講義棟  
〒963-8611 郡山市富田町三角堂31-1 TEL 024-932-8931
- 5、日時 平成29年8月27日（日）13：00～16：35  
開場（受付開始）12：30～
- 6、日程 13:00 開会挨拶  
13:05 講義Ⅰ＜基礎知識＞  
講師：認知症サポート医  
コスモス通り心身医療クリニック院長 圓口 博史  
14:35 質疑応答  
14:45 講義Ⅱ＜かかりつけ歯科医の役割＞  
講師：福島県歯科医師会理事 阪本 義之  
15:15 質疑応答  
15:25 講義Ⅲ＜連携と制度＞  
講師：福島県保健福祉部高齢福祉課職員  
16:25 質疑応答  
16:35 閉 会
- 7、参加費 無料
- 8、申込方法 福島県歯科医師会へ FAX（024-524-1323）にてお申込み  
ください。
- 9、締切日 平成29年8月12日（土）
- 10、その他 ①本研修会の全日程を出席し、修了された歯科医師についてのみ、福島県知事及び福島県歯科医師会長名による修了証書を交付いたします。  
上記条件を満たさない場合には交付いたしかねますのでご了解ください。  
②歯科医師の修了者は、福島県のホームページ上で氏名及び所属を公開します。（希望者のみ）

## 参加申込書 (HP用)

医療機関名	氏名	生年月日	所在地	電話
1	歯科医師・歯科衛生士	T・S・H		(       ) —
2	歯科医師・歯科衛生士	T・S・H		(       ) —
3	歯科医師・歯科衛生士	T・S・H		(       ) —

※上記項目をすべてご記入の上、8月12日(土)までにFAXにて福島県歯事務局宛てご送付ください。なお、歯科衛生士については、生年月日の記載は不要です。

FAX: 024-524-1323