




お口のサポート講習会

日 時 平成 27 年 11 月 1 日 (日) 10:00 ~ 13:00 (受付開始 9:00)
※受付時間を 9:30 から 9:00 に変更しております。

場 所 福岡県歯科医師会館 5階 大ホール

対 象 医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士、
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、
医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員、介護福祉士、
看護従事者、介護従事者、保健師 等 食機能支援関連職種の方々

申込締切日 平成 27 年 10 月 15 日 (木)

申 込 方 法 県歯ホームページから、必要事項を入力の上、お申し込みください。ネット環境がない場合は、FAX 092(771)2988 により、下記の受講申込書に必要事項をご記入の上、県歯事務局宛に送信ください。
 なお、座席数の都合上、先着順 (定員 300 名) で受付を終了させていただきますので、お早めにお申込みいただきますようお願いいたします。

テ ー マ 老いても病んでも地域で暮らし続けるために
～医科と歯科、そして多職種が力を合わせればできること～
医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所
院長 川越 正平

※当日は日歯生涯研修 IC カードをご持参ください。

※申込受付人数の確認と、受講受付票 (当日受付時に必要となります) を FAX にてお送りいたします。なお、複数名の参加をご希望いただいた場合、受講受付票をお送りした後でも、会場の都合により入場者数のご相談をさせていただく場合がございますので、予めご了承ください。

お口のサポート講習会受講申込書

1. 歯科医院名 _____ 2. 所属郡市区会名 _____
電話番号 (_____) FAX 番号 (_____)
3. 出席者 (フリガナは受付名簿作成時に必要となりますので、必ずご記入願います。)

職 種	氏 名	フリガナ

※フリガナは受付名簿作成時に必要となりますので、必ずご記入願います。