

平成29年度

口腔ケアとリスクマネジメント講座

～介護現場のいまに何が必要か～

●講師

医療法人社団 上田歯科医院 理事長

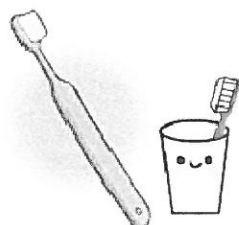
上田 均 氏

富山県歯科医師会 理事

富山県歯科医師会立富山歯科総合学院 副学院長

元富山市介護認定審査委員

● 講義の内容 ●



- ・認知症の状態変化と口腔管理
- ・姿勢制御と歯の役割
- ・口腔機能の回復と全身のリハビリ
- ・筋肉機能訓練法と口腔機能（嚥下・摂食・歩行）
- ・口腔ケアのテクニック

●日 時 平成29年10月29日（日） 10:00～16:00（受付 9:30～）

●会 場 富山県総合情報センター セミナー室AB 富山市高田527

●定 員 60名（定員になり次第締め切ります）

●受講料 介護福祉士会会員 5,000円 ※会費納入済みの方に限ります。
一般（非会員） 7,500円

※振り込まれた受講料は原則として返金いたしません。

※研修受講券をお持ちの方は、受講券の使用が可能です。本研修で使用する場合は、申込書に必要事項を記入し、受講申込時までに事務局まで郵送または持参してください。

●申込方法 別紙申込書に必要事項を記入の上、10月2日（月）までにFAXで下記事務局へお申し込みください。

※申込締切後、受講票（官製はがき）を郵送いたします。

申込締切日（10月2日）を一週間過ぎても受講票が届かない場合は当会事務局までご連絡ください。

《申込書送付・問合せ先》

一般社団法人 富山県介護福祉士会

〒939-8084 富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1F

TEL 076-422-2442 FAX 076-422-0440

FAX 076-422-0440

平成 29 年度口腔ケアとリスクマネジメント講座

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日
参加種別 ○をつけてください	会 員 ・ 一 般 (非会員)	会員番号	1 6
自宅住所	(〒 ー) TEL : FAX :		
勤務先名			
勤務先住所	(〒 ー) TEL : FAX :		
希望送付先 及び 連絡先 ○をつけてください	受講票送付先	自宅 ・ 勤務先	
	記載内容等 連絡先	※申込書の記載内容等について、ご本人に電話連絡させていただく場合がありますので、ご了承ください。 自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先 (TEL:) 携帯電話の場合は () 内に携帯電話番号を記入してください。	
研修受講券 ○をつけてください	使用します ・ 使用しません	※会員の方のみ記入してください。 ※使用しますに○をつけた方は、以下も記入してください。	
・ 受講券使用枚数	_____ 枚		
・ 受講券番号	No. _____ No. _____ No. _____		
(複数枚使用する場合はすべての番号を記入してください)			
≪ 事前質問コーナー ≫ 介護現場の今、どんなことが起こっているのか問題・質問等をかいてください。			

※申込書に記入していただいた個人情報は本研修のみ使用し、他の目的には使用しません。
※申込締切後、受講票(官製はがき)を郵送します。申込締切日(10月2日)を一週間過ぎても受講票が届かない場合は、当会事務局までご連絡ください。(受講をお断りする場合は、必ず連絡いたします。)

【申込締切】 平成 29 年 10 月 2 日 (月)

≪ 申込書送付・問い合わせ先 ≫

一般社団法人 富山県介護福祉士会

〒939-8084 富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1F

TEL : 076-422-2442

FAX : 076-422-0440