

平成 30 年 6 月吉日

会員ならびに関係各位

岐阜県嚥下障害研究会  
会長 豊島 義哉

岐阜県嚥下障害研究会  
小児領域摂食指導講習会のお知らせ

平成 30 年度第 2 回研修会(通算第 10 回小児領域摂食指導講習会)を下記のとおり開催します。

今回は、日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 歯科医師 田村 文誉先生をお招きし、多職種を対象とした初級向けの講習会を行います。食べることに支援を必要としているお子さんと、それを一番近くで支える方々に、わかりやすくお話いただけると幸いです。

美味しく、楽しく、コミュニケーションを取りながら食べることを目指し、是非一緒に学びましょう！皆様の職場などで興味のある方々にもご紹介いただければ幸いです。

記

日 時：平成 30 年 8 月 19 日（日）9:30～16:00

会 場：朝日大学 1 号館 3 階 第 4 大講義室  
岐阜県瑞穂市穂積町穂積 1851

テーマ：「発達期の“食べる”を支える」～摂食嚥下の評価と支援～

講 師： 歯科医師 田村 文誉先生

日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック 科長  
※口腔リハビリテーション多摩クリニック(院長 菊谷武先生)は、歯科医師、  
歯科衛生士、医師、言語聴覚士、管理栄養士がチームで患者さんと家族を  
支える口腔リハビリテーションの専門病院。



昭和大学歯学部卒  
同大学第三補綴額教室、口腔  
衛生学教室、アラバマ大学歯学  
部留学、日本歯科大学講師、准  
教授、2013～日本歯科大学教  
授、口腔リハビリテーション多摩  
クリニック勤務 著書：「上手に  
食べるために」①～③他



日 程： 9:00～ 受付  
9:30～12:00 講義「摂食嚥下の評価」  
12:00～13:00 昼食・休憩  
13:00～15:30 講義と実技「支援の実際」  
15:30～16:00 質疑応答・事務連絡等  
※日程は多少変更になる場合があります。

参加費：岐阜県嚥下障害研究会 会員 4,000 円 非会員 5,000 円 学生 2,000 円

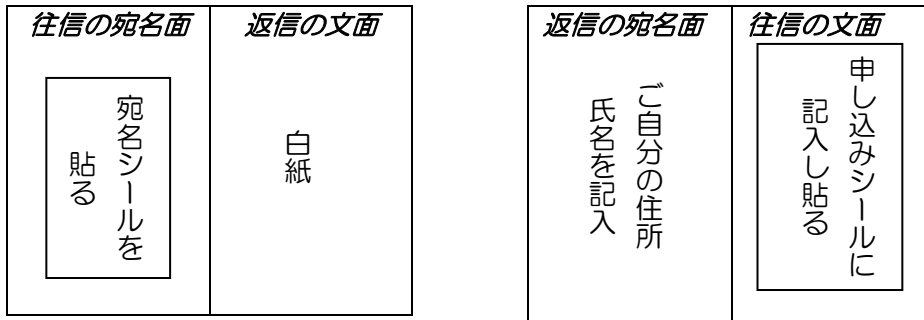
定 員： 100 名（先着順） 定員になり次第、参加受付け終了とします。

締 切：平成 30 年 8 月 3 日（金）必着（早めの申込みをお勧めします！）

申込み方法：

1) 官製往復はがきにて申し込んでください。

下欄の申し込み票を以下のように往復はがきに貼付し、ご投函ください。



2) 受け付けた方には「参加申込み受理の通知」を返信いたします。

通知はがきが届いたら、記載文に従い指定のゆうちょ銀行の口座に参加費をお振込みください。

3) 郵便振替の控え（振込み受領証）をもって 参加証としますので、大切に保管してください。

当日受付でご提示願います。

お願い：・参加費の振込みは通知が到着後、速やかにお願いいたします。

・参加お申込み後のキャンセルは、準備の都合がありますので必ずご連絡下さい。

・ご入金後のキャンセルについては、払戻しはいたしません。あしからずご了承願います。

なお、代理者の参加は認めますので、その際は事前にご連絡ください。

お問合せ先 各務原市福祉の里 安田 香実  
 TEL (058) 370-7500 Fax (058) 370-7511

【宛名シール】

【参加申込みシール】

〒509-0101 各務原市須衛稲田7  各務原市福祉の里  岐阜県嚙下障害研究会 研修会担当  安田 香実 行	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">岐阜県嚙下障害研究会 8月19日研修会 参加申込み票</th> </tr> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 45%;">氏名</th> <th style="width: 20%;">職種</th> <th style="width: 30%;">種別</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">代表者</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">会員 非会員 学生</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">連名者</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">会員 非会員 学生</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">会員 非会員 学生</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">会員 非会員 学生</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">会員 非会員 学生</td> </tr> </table> <p>代表者 勤務先 _____ 連絡先（勤務先 自宅）</p> <p>連絡先住所 〒 _____</p> <p>電話番号 _____ - _____ - _____ Fax _____ - _____ - _____</p> <p>Eメール _____</p>	岐阜県嚙下障害研究会 8月19日研修会 参加申込み票					氏名	職種	種別	代表者			会員 非会員 学生	連名者			会員 非会員 学生			会員 非会員 学生			会員 非会員 学生			会員 非会員 学生
岐阜県嚙下障害研究会 8月19日研修会 参加申込み票																										
	氏名	職種	種別																							
代表者			会員 非会員 学生																							
連名者			会員 非会員 学生																							
			会員 非会員 学生																							
			会員 非会員 学生																							
			会員 非会員 学生																							

\* 返信用はがきの表面にも、住所・氏名を忘れずにご記入ください！