

平成29年度障がい者等歯科医療技術者養成研修会

さて、このたび標記研修会を別紙のとおり開催いたしますので、ご案内いたします。
つきましては、研修会に参加ご希望の方は、別紙参加申込み用紙にご記入のうえ、に
本会事務局宛FAX(058-276-1722)にて、ご回報くださいますようお願いいたします。

記

第1回

日時／平成29年12月3日(日) 13:30～15:30

場所／岐阜県歯科医師会館 4F 第1会議室

演題／『地域における障害者歯科医療のこれから』

講師／福田 理 先生 [愛知学院大学歯学部小児歯科学講座 教授]

第2回

日時／平成29年12月14日(木) 10:00～12:00

場所／岐阜県歯科医師会館 3F 第6・7会議室

演題／『開業医における障害者歯科の実際～視覚支援・訪問歯科診療の実際～』

講師／良盛 典夫 先生 [岐阜県歯科医師会 理事]

第3回

日時／平成30年2月22日(木) 14:00～16:00

場所／岐阜県歯科医師会館 4F 第1会議室

演題／『障害者における歯科治療の実際(仮)』

講師／安田 順一 先生 [朝日大学歯学部口腔病態医療学講座

障害者歯科学分野 准教授]

取扱い	公益社団法人 岐阜県歯科医師会 (第1事業部)
連絡	〒500-8486 岐阜市加納城南通り1-18 TEL/058-274-6116 FAX/058-276-1722 e-mail/office@gifukenshi.or.jp

平成 年 月 日

公益
社団法人 岐阜県歯科医師会 事務局 宛

第1回障がい者等歯科医療技術者養成研修会
平成29年12月3日(日)

標記研修会に出席します。

職名	氏名

第2回障がい者等歯科医療技術者養成研修会
平成29年12月14日(木)

標記研修会に出席します。

職名	氏名

医療機関名： _____

住所： _____

氏名： _____

※ 恐れ入りますが、**11月27日(月)まで**にFAX(058-276-1722)にてご回報くださいますようお願いいたします。

平成 年 月 日

公益
社団法人 岐阜県歯科医師会 事務局 宛

**第3回障がい者等歯科医療技術者養成研修会
平成30年2月22日(木)**

標記研修会に出席します。

会 員 _____ 名

スタッフ _____ 名

※スタッフの内訳：

職 名	氏 名

医療機関名： _____

住 所： _____

氏 名： _____

※ 恐れ入りますが、平成30年2月13日(火)までにFAX(058-276-1722)にてご回報
くださいますようお願いいたします。