

「歯初診・外来環・歯援診・か強診」施設基準研修会

一般社団法人日本摂食支援協会(以下摂支協)は、2025年に始まる地域包括ケアに対応できる歯科医師の養成を目的として設立されました。厚生労働省の「歯科医師の資質向上検討会」では、「**摂食支援ができる歯科医師の養成**」と「**治療から予防への転換**」を強く提言し、2016年、2018年保険改定ではそのようになりました。今後の保険診療は**か強診**なしでは歯科医院経営は非常に困難になります。摂支協では、多くの先生が**摂食支援・予防への転換**ができるように上記、施設基準研修会を開催いたします。

項目	研修内容	歯初診 項目①	外来環 項目①、②、③	歯援診 項目②、⑤、⑥	か強診 項目①～⑧	研修時間	講師
①	歯科外来診療の院内感染防止対策	●	●		●	9:30~10:50	生田凶南
②	偶発症に対する緊急時の対応		●	●	●	11:00~11:50	大学講師
③	医療事故への対策・対応等		●		●	11:50~12:40	
④	歯科疾患の重症化予防に資する継続管理				●	13:20~14:10	生田凶南
⑤	口腔機能の管理 ~食べる機能を維持するために~			●	●	14:20~15:10	大学講師
⑥	高齢者の心身の特性 (認知症に関する内容を含む)			●	●	15:10~16:00	
⑦	認知症に関する知識と対応 か強診(8)のク				●	16:10~17:00	大学講師
⑧	在宅医療・介護に関する知識と対応 か強診(8)の力				●	17:00~17:50	

(10:50~11:00 ①修了証授与) (12:40~13:20 ①~③修了証授与・休憩 ※昼食は各自でご用意ください) (17:50~18:00 ①~⑧修了証授与)
 ※事前にご連絡いただければ、講義終了後すぐに修了証のお渡しも可能です。

下記をご確認及びご記入後、FAX : 03-6869-3588 にてお申込みください。

＜お申込方法・注意事項＞ ※必ずお読みいただきご了承の上お申込みください。

- 本セミナーは、事前申込み及び事前振込のみとなります。
 - 開催日 10 日前、または定員に達した時点で受付終了となります。(※当日受付はありません。)
 - 下記ご記入後、FAX にてお申込みください。お申込み後 5 日以内(土日祝日除く)に「受講票及びお振込案内」を FAX にてお送りします。受講料の入金確認をもって受付完了となります。「受講票及びお振込案内」を FAX 後、10 日以内にお振込み確認がとれない場合、仮受付取り消しとなります。※仮受付取り消しのご連絡はいたしません。※FAX お申込みから 5 日(土日祝日除く)たっても「受講票及びお振込案内」の FAX が届かない場合は必ずご連絡ください。
 - いかなる場合でも、ご入金頂いた受講料の返金はできません。但し、開催日 10 日前までにご連絡を頂いた場合は、セミナー開催月を含む 1 年間は 1 回に限り振替が可能です。それ以降は、振替不可となります。
 - 本セミナーは、資格基準セミナーのため、遅刻・早退の場合は修了証のお渡しできません。
 - 修了証は受講者個人名で作成し、受講終了後(当日)お渡しいたします。受講者ご本人の確認が必要となりますので、本人確認書類(運転免許証等)を必ずご持参ください。本人確認ができない場合、修了証をお渡しできません。※修了証お渡しにお時間(本人確認)がかかる場合があります。時間に余裕を持って受講ください。
 - 「受講区分」「受講者」の変更受付は、開催日 10 日前までとなります。それ以降は、修了証当日お渡し不可(セミナー終了後、着払いにて郵送)及び、修了証発行手数料(2,200 円)が発生します。
 - 当日「受講区分」を追加することはできません。
- ※事前に必ずご確認ください。(申請に関する事、必要な項目等は、各地域の厚生局にご確認下さい。)**

2021 年 施設基準研修会申込書

受講日	<input type="checkbox"/> 3月21日(日) 東京 TKP 東京駅セントラルカンファレンスセンター	<input type="checkbox"/> 6月27日(日) 大阪 TKP 新大阪駅前カンファレンスセンター	<input type="checkbox"/> 9月5日(日) 東京 TKP 東京駅セントラルカンファレンスセンター
受講料	<input type="checkbox"/> 日本摂食支援協会会員 : 1 項目につき(税込) 2,200 円		<input type="checkbox"/> 一般 : 1 項目につき(税込) 7,700 円
受講項目	<input type="checkbox"/> ①~⑧※全項目 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧		
受講者	〒 _____ 医院名 _____		
住所	〒 _____		TEL _____
mail	_____ @ _____		FAX _____

※お預かりした個人情報、本研修会の運営並びに日本摂食支援協会から参加者への情報提供以外の目的には使用いたしません
 ※災害や講師急病等やむを得ない事情で中止となった場合、参加費の全額返還、もしくは次回開催に振替させていただきます。但し中止によって生じた、旅費、宿泊費や届出の遅れによる逸失利益など、参加者各位の損害については補償できません。ご同意の上お申込ください。

