**平成２５年度 口腔ケア相互研修申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | | |  | |
| 会員番号 | | |  | |
| 連絡先電話番号 | | |  | |
| **参加申込の研修番号に○をつけてＦＡＸにてお申し込み下さい。**  **ＦＡＸ：０８７－８８７－１６４１**  **申込締切は各研修１週間前です** | | | | |
| １ | ８月４日（日）  １３：００～１５：００ | ＊コミュニケーションと情報収集　　　　　　　　　　　〈講義・ワークショップ〉 | | |
| ２ | ９月２９日（日）　　　　　　　　１０：００～１２：００ | ＊病院での他職種との連携　　　　　　　　　　　　　　＊在宅・施設での症例検討  （患者の理解とアセスメント・指導計画等）　　　〈講義〉 | |
| ３ | １１月３日（日）　　　　　　　９：００～１２：００ | ＊口腔ケアグッズの取り扱いと個別ケアの実際　　　　　　〈講義・相互実習〉 | | |
| ４ | １２月８日（日）　　　　　　９：００～１２：００ | ＊摂食・嚥下機能維持  〈講義・相互実習〉 | | |
| ５ | ２６年１月１２日（日）　　　　１３：００～１６：００ | ＊症例検討とまとめ  〈ワークショップ〉 | | |

**＊研修会場はいずれも、香川県歯科医療専門学校　７Ｆ　８０２０ホールです**

**＊参加は香川県歯科衛生士会の会員に限ります**