

形 歯 発 第 455 号
平成 30 年 1 月 31 日

関 係 団 体 長
医 療 関 係 団 体 長 各 位

一般社団法人 山形県歯科医師会
会 長 永 田 秀 昭

平成 29 年度在宅歯科医療連携室整備事業研修会の開催について

平素本会の事業運営につきましては、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、山形县委託事業として、在宅医療も含めた地域包括ケアシステム構築における歯科保健医療を推進することを目的とした標記研修会を下記日程により開催いたしますので、多職種の方にも是非ご参加いただきたく、貴会会員および関係者等にご周知下さるようご案内申し上げます。

受講を希望される方は、裏面受講申込書にて、**平成30年3月1日(木)**まで本会事務局にお申込みください。

記

日 時 平成30年3月10日(土) 14:00~17:00

会 場 山形グランドホテル 2階 サンリヴァ

〔講演〕

「進化論から口腔機能を考える」

講師 岡 崎 好 秀 先生

(モンゴル国立大学歯学部客員教授)

対象者 会員、スタッフ、医療・介護・福祉・保健関係者・ご家族 等

担当：山形県歯科医師会 事務局(鈴木)

〒990-0031 山形市十日町二丁目4-35

TEL 023-632-8020・FAX 023-631-7477

受講申込用紙

FAX 番号 023-631-7477
Email : jsuzuki11@keishi.org.

ご氏名	ご所属	職種
ふりがな 氏名		
ふりがな 氏名		
ふりがな 氏名		
ふりがな 氏名		
ふりがな 氏名		

代表者連絡先（電話番号と FAX またはメールアドレスを記載下さい。）

代表者氏名

施設名

電話番号

FAX またはメールアドレス

<申し込み先>

必要事項をご記入の上、FAX または E-mail でお申し込みください。

締切：平成30年3月1日（木）

<問い合わせ先>

山形県歯科医師会事務局

TEL : 023-632-8020 FAX : 023-631-7477

Email : jsuzuki11@keishi.org.（鈴木）