

令和 7 年度災害歯科保健医療研修会 開催要項

1. 目 的

被災地における必要な口腔支援を届けるための具体的な方策や技術を学び、災害時の歯科保健医療提供体制の確保に努める。

2. 日 時

令和 8 年 2 月 14 日（土） 15 時～16 時 30 分（1 時間 30 分）

3. 場 所

秋田県歯科医師会館 3 階「大会議室」
（秋田市川尻町字大川反 170-102 電話 018-865-8020）

4. テーマ

「多職種と連携した災害時の歯科保健医療提供体制について」

5. 講 師

一般社団法人岩手県歯科医師会会長
日本歯科医師会災害時対策・警察歯科総合検討会議委員 大 黒 英 貴 先生

6. 内 容

災害時における口腔衛生管理の現状と課題
災害時における口腔衛生管理体制の好事例
岩手県歯科医師会におけるこれまでの災害対応の経験を踏まえて 等

7. 対 象

秋田県歯科医師会会員、秋田県歯科衛生士会、秋田県歯科技工士会、医師会、看護協会、
薬剤師会、栄養士会、社会福祉協議会、介護支援専門員、行政関係者 等

8. 申込方法

別紙申込書に所定事項を記入の上、令和 8 年 2 月 6 日（金）〔必着〕まで F A X 又は
郵送にて秋田県歯科医師会事務局へお申込み願います。

9. 申込先・問合せ先

〒010-0941 秋田市川尻町字大川反 170-102
一般社団法人秋田県歯科医師会
電話 018-865-8020 FAX018-862-9122

10. その他

- ・参加費無料
- ・県歯科医師会会員の方は、日歯生涯研修事業 IC カードをご持参ください。

以上

FAX(018)862-9122

秋田県歯科医師会 行

災害歯科保健医療研修会

〔令和8年2月14日（土）開催〕

参加申込書

令和 年 月 日

所属（勤務先）	職 種	ふりがな 氏 名

【連絡先】 所属名(勤務先)

担当者名

電話番号（ ）

—

* 必要事項をご記入の上、秋田県歯科医師会事務局へ 2月6日（金）〔必着〕 まで F A X 又は郵送にてお申し込み願います。