

一般社団法人山梨県歯科衛生士会会員 各位

一般社団法人山梨県歯科医師会  
会長 吉田 英二  
( 職 印 省 略 )

令和 5 年度8020運動推進特別事業  
「歯科医療・医療従事者養成研修会」の開催について

平素より本会会務運営に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会地域保健部では「皮膚科連携」をテーマに、歯科医療及び医療従事者が歯周病と皮膚科疾患の双方向の関係性を理解し、日々の口腔ケアの重要性を再確認する事により、県民の健康増進による生活のQOL（クオリティーオブライフ）の向上を図れるよう、その理解を深める研修会を下記の日程で開催いたします。

そこで、今回は東京歯科大学名誉教授 奥田克爾先生をお迎えして、「口腔内細菌の全身疾患」についてご講演いただきます。その後、県内の皮膚科の先生方とディスカッションを予定しております。

つきましては、時節柄ご多忙のところ誠に恐縮でございますが、多くの歯科衛生士の皆様にご参加を頂きたくご案内申し上げます。

なお、本研修会は『Zoom(ウェビナー)』を使用しての研修会となります。参加申込みの方は、別紙の【ズーム参加用/会場参加用 研修会参加までの流れ】をご覧いただき、3月11日(月)までにお申し込みください。

記

開催日時 令和 6 年 3 月 17 日 ( 日 ) 10 時 00 分 ~ 12 時 00 分

参加方法 ①Zoom(ウェビナー)による参加  
②山梨県歯科医師会館での参加  
※Zoomによる参加が難しい方(30名)

講演『歯周病原菌はサイレントキラー軍団である  
～皮膚科連携を中心に～』

東京歯科大学名誉教授 奥田 克爾 先生

ディスカッション

パネリスト

東京歯科大学 名誉教授	奥田 克爾 先生
山梨県立中央病院 皮膚科 院長補佐	塚本 克彦 先生
皮膚科・泌尿器科 近藤医院 院長	近藤 滋夫 先生
山梨大学医学部附属病院 皮膚科 講師	岡本 崇 先生
山梨大学医学部附属病院 歯科口腔外科 准教授	吉澤 邦夫 先生
山梨県歯科医師会 地域保健部委員会委員長	藤谷 崇人

一般社団法人山梨県歯科医師会  
地域保健部 担当：篠原  
電 話：055-252-6481 (代) F A X：055-253-0854  
E-mail：shinohara-47@yda.jp

# 【Zoom 参加用】研修会参加までの流れ

## 歯科医療・医療従事者養成研修会 【令和6年3月 17 日(日)開催】

### ①講演会の申込み方法について

Zoomでの参加は、下記のQRコードを読み取り必要事項を入力してください。  
なお、メールアドレスは当日 Zoom を使用するパソコンなどのアドレスを登録してください。必要事項を入力し登録ボタンを押すと、すぐに【登録確認メール】が届きますので当日まで大切に保管ください。（読み込みが出来ない場合は事務局へお問合せください。）

### ②当日の参加方法について

上記の申込みの際に届く【登録確認メール】からの参加となります。  
メール内容に記載されている「[ここをクリックして参加](#)」を押していただきますと参加ができます。

### ③研修会の資料について

当日の配布資料は研修会前日までに山梨県歯科医師会ホームページのトップ画面にある「トピックス」欄からダウンロードできるようにいたします。  
なお、資料ダウンロードには【登録確認メール】に記載された ID とパスワードが必要となります。

右のQRコードをスマホなどのカメラで読み取り、  
参加申込を行ってください。

読み込みが出来ない場合やご不明な点がありましたら、事務局までお問合せください。

[https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN\\_T1HcJ6IFQmqbmH8Vy1SpHQ](https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_T1HcJ6IFQmqbmH8Vy1SpHQ)

からも同様に事前申込みができます。



【 申込み締切 令和6年3月 11 日(月) 】

# 【会場参加用】研修会参加までの流れ

## 歯科医療・医療従事者養成研修会 【令和6年3月17日(日)開催】

### ①研修会の申込み方法について

下記欄へ必要事項をご記入いただき、FAXにて本会までご返信ください。

### ②当日の参加方法について

当日はスクリーンにてご視聴いただきます。10時00分までに県歯会館3階・大会議室へお越し下さい。(受付9時30分～)

### ③研修会の資料について

資料は会場に用意いたしますので、印刷の必要はございません。

※会場参加者の方は従来の流れと同様です。

切り取る必要はございません

山梨県歯科医師会（篠原） 行  
FAX：055-253-0854

## 参加申込書

※この用紙は山梨県歯科医師会館で参加する方専用の申込書です。

所 属： 山梨県歯科衛生士会

代表者電話番号：

No.	氏名	No.	氏名
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

【 申込み締切 令和6年3月11日(月) 】