

第20回学術講演会大会長 大埜間 勉  
(おおのま歯科クリニック 院長)

## 第20回岐阜県嚥下障害研究会学術講演会 高山大会 第2報

### 大会テーマ:

### 「食を考える」～温故知新 未来への挑戦～

当学術講演会は、会員の方々をはじめ多くの人に支えられて今回で第20回を迎えます。

今回の学術講演会は特別講演1に浜松リハビリテーション病院の病院長 藤島一郎先生をお招きしてご講演をいただきます。先生は摂食嚥下リハビリテーションの著書・論文も多数発表されこの分野での第一人者の先生でいらっしゃいます。ご講演は「嚥下障害の評価とリハビリテーション-最新のトピックスをまじえて-」と題し基礎的なお話から最新の情報までお話いただけるように伺っておりますので、今から楽しみにしているところです。さらに特別講演2では飛騨地区の病院歯科において摂食嚥下障害者への取り組みを県立下呂泉病院の口腔外科部長 宮本 謙先生にご講演頂きます。また、当研究会学術講演会も第20回を迎え節目の時を迎えました。そこで今まで研究会を支えてくださった研究会会長 豊島義哉先生にご苦労話の一つでもご講演をいただく予定です。地域でご活躍の参加者の方々とともに、実り多き研修会に致したいと存じますので多くの方々のご参加を実行委員一同心よりお待ち申し上げます。なお、前日懇親会を開催いたします。ご講演頂く先生の方々と気軽にお話しませんか。お時間のある方はご参加ください。

### 記

(1)開催日時 : 平成29年10月22日(日) 10:00~16:00

(2)会 場 : 高山市民文化会館 3F 大会議場

〒506-0053 岐阜県高山市昭和町1丁目188-1 電話 0577-33-8333

(3)日程&内容 :

9:30~10:00 受 付

10:00~10:05 開会式

10:05~10:25 総会

10:30~12:00 特別講演1

「嚥下障害の評価とリハビリテーション-最新のトピックスをまじえて-」

講師 浜松リハビリテーション病院 病院長 藤島 一郎 先生

12:00~13:15 昼 食 \*嚥下障害補助食品&口腔ケア用品の展示・書籍紹介

13:15~14:30 特別講演2

「岐阜県立下呂温泉病院摂食嚥下部会の取り組み」

講師 岐阜県立下呂温泉病院 口腔外科部長 宮本 謙 先生

14:30～15:15 記念講演

「岐阜県嚙下障害研究会の足跡と将来」

講師 岐阜県嚙下障害研究会 会長 豊島 義哉 先生

15:15～15:30 閉会式

- (4)参加費：研究会会員 2,000円 非会員 3,000円 学生 1,000円
- (5)昼食：各自でご用意ください。
- (6)抄録：当日会場の受付にて配布いたします。
- (7)後援：岐阜県、岐阜県医師会、岐阜県歯科医師会、岐阜県看護協会、岐阜県栄養士会、岐阜県理学療法士会、岐阜県作業療法士会(予定)、岐阜県言語聴覚士会、岐阜県診療放射線技師会、岐阜県身体障害者福祉施設協会、岐阜県歯科衛生士会、岐阜県デイサービスセンター協議会、岐阜県居宅介護支援事業協議会、岐阜県老人福祉施設協議会、岐阜県老人保健施設協議会
- (8)申し込み方法：

- ① 別紙の参加申込書に氏名、勤務先、連絡先住所、電話番号、職種(具体的に)、会員・非会員・学生等を明記し、郵便または FAX・メールにて下記にお申し込みください。

〒506-0004

高山市桐生町2丁目178番地

おおのま歯科クリニック 下田 奈緒美 宛て

FAX:0577-35-5069

Mail: haisya5068@juno.ocn.ne.jp

(注) 電話でのお問い合わせはご遠慮ください。



- ② 申し込みと同時に、ゆうちょ銀行にて下記の口座へ参加費をお振込みください。

参加区分および参加費

事前参加登録締切日:平成 29年 10月 12日(木)

事前参加登録方法:

郵便局備え付けの払込取扱票に口座・加入者名・金額と、必要事項(①～⑤)を明記し、所定の口座に参加費をお振込みください。

**振込み先：郵便振替 口座番号 00890-3-114142**

**加入者名：岐阜県嚙下障害研究会**

<必要事項> (入会手続き中の方含む)

通信欄に記入	①岐阜県嚙下障害研究会会員番号 * 非会員の方は、「非会員」とご記入ください。 * 入会手続き中の方は、「入会手続き中」とご記入ください。 ②参加者名(かならず一名のみ記入)・フリガナ ③職種(詳しく)
ご依頼人欄に記入 (郵便局確認項目)	④郵便番号・住所、連絡先電話番号、お名前 ⑤お名前(振替払込請求書兼受領証側)



第20回 岐阜県嚙下障害研究会学術講演会 高山大会  
参加申込書

申込日:平成29年 月 日

◎ 参加者名 \_\_\_\_\_ ( 会員【No \_\_\_\_\_】・ 非会員 ・ 学生 )

職種 \_\_\_\_\_ ( 経験年数 \_\_\_\_\_ )

懇親会参加 ○をつけて下さい

しません。 します。

参加費は当日お支払いください。

キャンセルは3日前までにメールか FAX でお願ひ致します。ない場合参加費請求致しますので宜しくお願ひ致します。

勤務地区(該当地区に○をお付け下さい)

岐阜地区 西濃地区 中濃地区 東濃地区 飛驒地区 県外

勤務先 \_\_\_\_\_

連絡先住所(勤務先・自宅) 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

事前質問・疑問・職種間の連携についての問題点など、記入してください。