

「当院における

摂食嚥下リハビリテーション」

日時:令和元年 **7月28日(日)** 9:30~13:30

場所:あすてらす 2F研修室5 (大田市大田町大田イ236-4)

TEL0854-82-5500

講師:大田市立病院

主任言語聴覚士 今若 哲也氏

(認定言語聴覚士(摂食嚥下障害領域)

・日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士)

言語聴覚士 高村 英毅氏

(日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士・LSVT LOUD認定)

*LSVT…「言語障害」や「嚥下障害」に効果が期待されるリハビリ訓練法

患者さんや地域での関りの中で「食べること」に直面することが増えてきたと感じませんか?
病院での取り組みを知り、多職種で情報を共有して食支援につなげる可能性を学びましょう。

- ◇ 対象者:食支援に関わる専門職
- ◇ 取得単位数:第5次生涯研修「摂食嚥下療法の基本技術」4単位
認定更新研修申請中
- ◇ 参加費:歯科衛生士会会員・歯科医師会会員⇒無料 会員外⇒1,000円
- ◇ 申込み締切:令和元年7月14日(日)
- ◇ 申込み・問合せ先:大田地区歯科衛生士会 吉田ちかみ

Mail:ruruko.0413@gmail.com*日本歯科衛生士会のHP(研修情報)からも申し込み出来ます。

Fax:0854-82-2660 (Fax 申込用紙は裏面にあります)

*メールでお申込みの場合は、裏面申込書の内容を記入の上お申込みください。

*災害等により開催を中止する場合は、島根県歯科衛生士会ホームページにてお知らせします。



主催:大田地区歯科衛生士会

共催:一般社団法人島根県歯科衛生士会

令和元年度 大田地区歯科衛生士会研修会 FAX 申し込み用紙

令和元年7月28日(日) 「当院における摂食嚥下リハビリテーション」

FAX 0854-82-2660 担当 吉田ちかみ 行

* 申込み締切 令和元年7月14日(日)

* 下記の項目をもれのないようにご記入の上お申込みください。

氏名	職種	勤務先	連絡先 TEL *1	歯科衛生士会会員 会員番号	歯科衛生士会会員外 歯科衛生士免許番号 *2

【 記載時のお願い 】

*1. 連絡がいつでも取れる電話番号をご記入ください。

*2. 日本歯科衛生士会へ参加者の報告が義務付けられています。

歯科衛生士会会員外の方は、お手数ですが歯科衛生士免許番号の記載を必ずお願いします。

【スクリーニングとリハビリの演習や症例紹介等があります。患者対応等について講師への質問をご記入ください。】

--