



公社神歯発第 54 号
令和 7 年 5 月 27 日

一般社団法人 神戸市老人福祉施設連盟
理事長 出 上 俊 一 様

公益社団法人 神戸市歯科医師会
会 長 百 瀬 深 志



令和 7 年度 介護保険事業所従事者に対する口腔ケア実技研修会の開催について(ご依頼)

拝啓 薫風の候、時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、本会会務運営に多大なご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今般、当会では介護業務に従事されている職員の皆様方を対象に口腔ケアの研修会及び歯科顎模型（マナボット）を使用した実習を開催する運びとなりました。

つきましては、ご多用中のところ誠に恐縮ですが、受講者募集につき貴連盟加入施設への周知方ご配慮賜りますようよろしくお願い申し上げます。

尚、受講定員を先着 12 名とさせて頂いておりますので別添の申込書をご利用の上、
7 月 25 日（金）迄に当会事務局宛に F A X （ 0 7 8 - 3 9 1 - 6 4 8 0 ） でお申込くだ
さい。

敬 具

記

日 時：令和 7 年 8 月 30 日（土）13：30～ 16：00

場 所：神戸市歯科医師会附属歯科診療所
（神戸市中央区三宮町 2-11-1-509 センタープラザ西館 5 F）

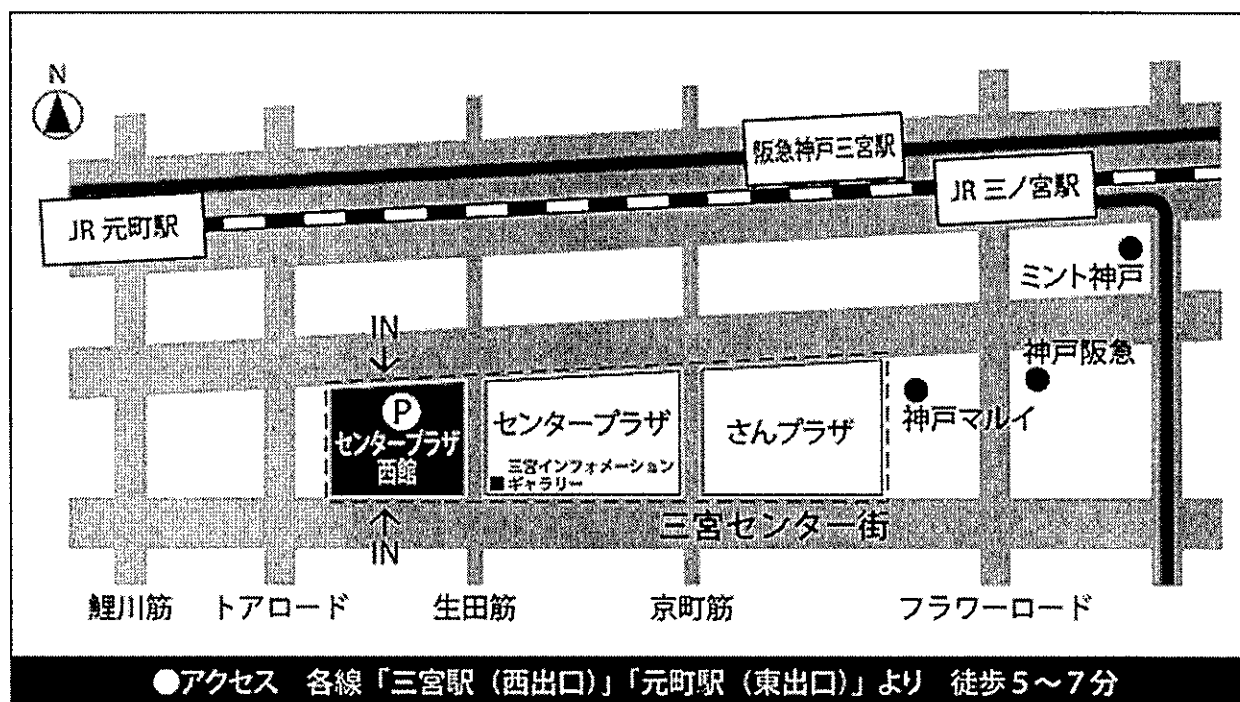
受講対象者：看護師、ヘルパー、ケアマネジャー等介護業務に従事する職員

受講費：無 料

定 員：12 名

以 上

案内図



* 駐車場はございませんので公共交通機関をご利用ください

公益社団法人 神戸市歯科医師会 事務局 行き

令和7年度 介護保険事業所従事者口腔ケア実技研修会 参加申込書

施設名：_____

〒

住 所：_____

TEL：_____ (_____)

FAX：_____ (_____)

ふりがな
氏 名 (職 種)：① _____ 男・女 (職種： _____)

② _____ 男・女 (職種： _____)

FAX：078-391-6480 (公益社団法人 神戸市歯科医師会 事務局)