

各 会 員 様

公益社団法人福島県歯科医師会  
会 長 海 野 仁

## 平成30年度 歯科医療安全管理研修会の開催について

標記研修会を別添（裏面）実施要領のとおり開催することになりましたので、会員の先生方はじめ貴院勤務のスタッフの皆様が多数受講できますようご高配をお願い申し上げます。

受講希望者は、別紙「受講申込書」により**開催方部へ直接FAX**にてお申込みくださるようお願いいたします。

また、本研修会の受講は、保険医療機関の施設基準取得要件に該当しているため、会員以外の歯科医師の先生が修了証発行を希望する場合には、本会内規により所定の様式による申し込みが必要です。希望される場合には、事前に本会までご連絡ください。

なお、申込み締切日が会場ごとに異なりますので、受講申込書によりご確認ください。

## 記

開催方部	開催日時	開催場所
県 北	平成30年9月13日（木） 19：30～21：00	福島県歯科医師会館 2階大会議室 （福島市仲間町6-6）
県 南	平成30年8月26日（日） 10：30～12：00	郡山市保健所 （郡山市朝日2丁目15-1）
浜通り	平成30年9月9日（日） 10：00～11：30	いわき市総合保健福祉センター （いわき市内郷高坂町四方木田191）
会 津	平成30年8月26日（日） 11：00～12：30	会津若松ワシントンホテル （会津若松市白虎町201）

## &lt;その他&gt;

- 受講費 無料
- 当日は生涯研修ICカードをご持参ください（会員の場合）。
- 本研修会受講者には修了証を発行いたします（一部参加者を除く）。
- 「歯科外来診療環境体制加算1・2」「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準取得要件に係る研修となります。

※ 「か強診」と「歯援診」は本研修の受講のみでは施設基準の取得要件を満たしませんので、詳しくは各届出要件をご確認ください。

## 平成30年度 歯科医療安全管理研修会実施要領

### 1. 目的

第5次医療法改正により、平成19年4月より全ての医療機関において、医療安全に関する管理体制の整備が義務付けられたところである。

この研修会では、歯科医療従事者を対象に、歯科医療機関における医療安全管理の体制整備に資する研修を実施することで、本県における安全で安心な質の高い歯科医療提供体制を整備することを目的とする。

### 2. 主催 公益社団法人福島県歯科医師会（福島県委託業務）

### 3. 開催日時、開催会場、講演内容

開催日時・会場	講師・演題
平成30年9月13日（木） 19：30～21：00 福島県歯科医師会館	福島県立医科大学医学部救急医療学講座 教授 伊関 憲 先生 「救急科からみた医療安全と緊急対応」
平成30年8月26日（日） 10：30～12：00 郡山市保健所	福島県立医科大学医学部救急医療学講座 学内講師 塚田 泰彦 先生 「救急科からみた医療安全と緊急対応」
平成30年9月9日（日） 10：00～11：30 いわき市総合保健福祉センター	福島県立医科大学医学部救急医療学講座 助手 反町 光太朗 先生 「救急科からみた医療安全と緊急対応」
平成30年8月26日（日） 11：00～12：30 会津若松ワシントンホテル	福島県立医科大学医学部救急医療学講座 助手 鈴木 剛 先生 「救急科からみた医療安全と緊急対応」

### 4. 対象者 歯科医療従事者（歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士ほか）

### 5. 申込方法 別紙「受講申込書」を各会場の申込先にFAX送信

### 6. 申込締切日 各会場の締切日（「受講申込書」参照）

### 7. 受講費 無 料

### 8. 修証について 受講者には修了証を発行する（一部参加者からは発行手数料を申し受けます）

### 9. その他 研修内容は「偶発症に対する緊急時の対応」および「医療事故等の医療安全対策」とする

# 平成30年度 歯科医療安全管理研修会受講申込書

県北・県南・浜通り・会津

に受講を希望します。(希望する会場に○)

受講者氏名	職種	区分 (福島県歯科医師会)
	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科技工士 4. 歯科助手・受付事務等	会員・会員外
	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科技工士 4. 歯科助手・受付事務等	会員・会員外
	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科技工士 4. 歯科助手・受付事務等	会員・会員外
	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科技工士 4. 歯科助手・受付事務等	会員・会員外
	1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 歯科技工士 4. 歯科助手・受付事務等	会員・会員外

※ 職種と区分は当てはまるものに○を付けてください。

※ 会員以外の歯科医師の先生が修了証発行を希望する場合には、事前に県歯科医師会 (TEL024-523-3266) までご連絡ください。

所在地域歯科医師会名 歯科医師会

歯科医療機関名

会 員 氏 名

<申込先> 各会場の申込先に直接 FAX をお送りください。

開催方部	申込先	FAX番号	申込み締切日
県北 会場	福島歯科医師会	024-521-3021	平成30年9月3日(月)
県南 会場	郡山歯科医師会	024-935-3011	平成30年8月17日(金)
浜通り 会場	いわき市歯科医師会	0246-27-8631	平成30年8月31日(金)
会津 会場	会津若松歯科医師会	0242-25-2618	平成30年8月17日(金)