

# リフレケアH 第5回

# 口腔ケアセミナー in 札幌

12:00 ~ 13:30

「ここが重要なんです！ 高齢者の「食支援」を行うために  
押さえておきたいポイントとは」

公立能登総合病院 歯科口腔外科  
部長

長谷 剛志 先生

14:00 ~ 15:30

「口腔ケアの重要性と誤嚥性肺炎の予防  
～死ぬまで食べ続ける為にできること

北海道大学高齢者歯科での取り組み～」

北海道大学 大学院歯学研究科  
口腔健康科学講座 高齢者歯科学教室

濱田 浩美 先生

日 時 ●平成 28 年 6 月 12 日 (日) 12:00 ~ 15:30 \* 受付開始 11:00

会 場 ●札幌市教育文化会館 小ホール 札幌市中央区北1条西13丁目

地下鉄でお越しの場合：札幌市営地下鉄東西線「西11丁目」駅、1番出口から徒歩5分

市電でお越しの場合：市電「西15丁目」停から徒歩10分

JRバス・中央バスでお越しの場合：JRバス、中央バス「北1条西12丁目」から徒歩1分

札幌駅からお越しの場合：地下鉄：南北線さっぽろ駅より乗車、大通駅にて東西線に乗り換え

バス：JR札幌駅バスターミナルから、中央バス(円山経由小樽行)、JR北海道バス(小樽行、手稲営業所、手稲鉾山行)に乗車

お車でお越しの場合：会館にはお客様用の駐車場はありません。ご来館の際はお近くの有料駐車場をご利用ください。また、ご来館される方が20分まで無料で利用できる契約駐車場もございますので、そちらもご利用ください。

定 員 ●350名

裏面の参加申込書に必要事項をご記入の上、事務局まで FAX でお申し込みください。先着 350 名の方に参加証をお送りします。定員に達した場合は締切前でもお申込みを終了させていただきます。ご了承ください。

参加費用 ●無料(事前申込みが必要です)

参加職種 ●看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、歯科医師、医師、その他の医療・福祉従事者の参加をお待ちしています。

事務局 ●雪印ビーンスターク株式会社 ライフサイエンス事業部

お問合せは ●東京都新宿区本塩町13

こちらへ→ ●TEL 03-3226-2143 FAX 03-3226-2415

共 催 ●イーエヌ大塚製薬株式会社  
雪印ビーンスターク株式会社

## 会場のご案内

札幌市教育文化会館

専用駐車場は  
ございません。



札幌市教育文化会館：札幌市中央区北1条西13丁目

FAX送付先:03(3226)2415

雪印ビーンスターク株式会社 ライフサイエンス事業部 行

申込日: 年 月 日

## リフレケアH 第5回口腔ケアセミナーin札幌 参加申込書

|      |      |       |     |
|------|------|-------|-----|
| 施設名  |      |       |     |
| 郵便番号 | 〒    |       |     |
| 住所   | 都道府県 | 市郡    | 区町村 |
|      |      |       |     |
| 電話番号 |      | FAX番号 |     |

|             |  |              |  |    |  |
|-------------|--|--------------|--|----|--|
| (ふりがな)      |  | 所属部署<br>(役職) |  | 職種 |  |
| 参加者<br>代表氏名 |  |              |  |    |  |

|        |  |              |  |    |  |
|--------|--|--------------|--|----|--|
| (ふりがな) |  | 所属部署<br>(役職) |  | 職種 |  |
| 氏名     |  |              |  |    |  |
| (ふりがな) |  | 所属部署<br>(役職) |  | 職種 |  |
| 氏名     |  |              |  |    |  |
| (ふりがな) |  | 所属部署<br>(役職) |  | 職種 |  |
| 氏名     |  |              |  |    |  |
| (ふりがな) |  | 所属部署<br>(役職) |  | 職種 |  |
| 氏名     |  |              |  |    |  |
| (ふりがな) |  | 所属部署<br>(役職) |  | 職種 |  |
| 氏名     |  |              |  |    |  |
| (ふりがな) |  | 所属部署<br>(役職) |  | 職種 |  |
| 氏名     |  |              |  |    |  |
| (ふりがな) |  | 所属部署<br>(役職) |  | 職種 |  |
| 氏名     |  |              |  |    |  |

※ご記入頂きました情報は、弊社からのご案内以外には使用せず、弊社が責任をもって管理いたします。  
※参加証を参加者代表の方に発送しますので、施設名・住所・参加者代表氏名・参加者氏名・部署を必ずご記入下さい。  
※参加証発送の為、5月25日(水)までにお申込下さい。尚、定員になり次第締め切らせていただきます。ご了承下さい。  
※参加証は締め切り後に発送予定です。6月3日(金)までに届かない場合は、お手数ですがご連絡をお願いします。