

**平成 29 年度  
神奈川県地域歯科医療研修会開催  
並びに演題募集について**

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では障害者並びに高齢者歯科を中心とする地域歯科医療の充実を図ることを目的として、標記研修会を毎年開催しており、本年も下記のとおり開催することといたしました。

つきましては、会員の方々をはじめ歯科医療関係者の多数のご参加、演題のご応募を賜りたくご案内申し上げます。

なお、今年度は神奈川県歯科医師会第16回学術大会と併催し開催をいたします。

### 1. 主 旨

障害者並びに高齢者に関わる歯科医療の推進、医療・福祉関係者等との学術交流、情報交換、研究業績の発表、特別講演会を行い、地域歯科医療の充実と発展に寄与することを目的とした事業として、研修会を開催する。

### 2. 主 催

一般社団法人 神奈川県歯科医師会  
神奈川県

### 3. 開催日

平成 30 年 2 月 25 日 (日)

### 4. 会 場

ワークピア横浜 (横浜市中区山下町 24-1)

### 5. 内 容

障害者歯科及び高齢者歯科 (訪問歯科含む) に関する

- ①一般発表
- ②ポスター発表

## 6. 対象

- ① 歯科医師
- ② 歯科衛生士及び歯科助手
- ③ その他（医療・保健関係者、福祉・介護関係者、行政関係者等）

## 7. 演題募集・発表要領

### (1) 発表の内容

障害者・高齢者に関わる歯科保健・歯科医療及び介護に関連したもの

- ① 症例報告（治療経験、治療方法など）
- ② 医療実態（経緯、現況、アンケート、統計、システムなど）
- ③ リハビリテーション（摂食・嚥下、言語など）
- ④ 口腔衛生・予防・指導（教育、ブラッシング指導、歯科的管理など）
- ⑤ 栄養
- ⑥ その他（体験談、所感など）

### (2) 発表の形式（応募演題が多数の際は発表形式を変更いただく場合があります）

A. 発表時間 12分（発表9分、質疑応答3分）

#### B. 使用器材

・パソコンは Windows、Macintosh のいずれでも構いませんが、外部ディスプレイ出力端子（VGA タイプ、D-sub15 ピン）のあるノートパソコン（付属の AC アダプター、Macintosh の場合は変換アダプターも含む）を持参してください。液晶プロジェクターは主催者が用意します。

・発表内容を収めた USB メモリまたは CD-R をご持参ください。当日のバックアップとして使用いたします。なお、PowerPoint 以外のソフトを使用する場合はパソコンのバックアップが用意できませんのでご注意ください。

※器材を使用しない発表でも構いません。

※ポスター発表を希望される場合は、県歯事務局佐藤までご相談ください。

### (3) 演題申込方法

#### ① Eメール（Windows Word 使用）

下記アドレスに「演題申込書」を請求してください。添付ファイルにて申込書を送信いたしますので、必要事項をご記入の上、期日までに返信してください。

〔 神奈川県歯科医師会 Eメールアドレス takahashi@dent-kng.or.jp 〕

#### ② ファックス

Eメールでの申し込みが不可能な場合に限り、別紙「演題申込書」に必要事項を記載して神奈川県歯科医師会宛に送信してください。

〔 神奈川県歯科医師会ファックス FAX: ☎ 0120 - 681 - 786 〕

#### (4) 演題申込書の記載方法

- ①「1. 発表に使用する器材」について該当箇所に○を付してください。  
なお、パソコンを使用する場合は使用ソフトとバージョンを記入してください。
- ②「2. 演題名」欄には、演題（副題を含む）を記載してください。
- ③「3. 氏名・所属」欄は、発表者氏名（ふりがな）、共同発表者（列記）を記載（氏名と氏名の間は“・”で区切ってください）の後、発表者及び共同発表者の所属を記載してください。所属が複数に及ぶ際には、所属欄に1) 所属、2) 所属…と記載し、それぞれの氏名の右肩に所属を表す数字<sup>1)</sup>、<sup>2)</sup>…を記載してください。  
なお、所属の表記については下記に統一してください。
  - A. 神奈川県歯科医師会会員・会員歯科医療機関所属の歯科医療従事者
    - a) 会員個人・歯科医療機関単位  
⇒ 会員の所属地域歯科医師会名と会員歯科医療機関名
    - b) 神奈川県歯科医師会単位 ⇒ 神奈川県歯科医師会と委員会等の名称
    - c) 地域歯科医師会単位 ⇒ 地域歯科医師会名と委員会等の名称
  - B. 関係団体・機関・行政等
    - a) 関係団体等 ⇒ 神奈川県歯科技工士会、神奈川県歯科衛生士会、  
○○医師会、○○薬剤師会
    - b) 関係機関等
      - ・大学関係者 ⇒ 大学名、教室名、講座名
      - ・病院等 ⇒ 病院名、診療科名
    - c) 関係行政等 ⇒ 県・市区町村名 ⇒ 保健所・保健福祉事務所名
    - d) その他 ⇒ 発表者の所属が判別できるよう詳細を記載してください。
- ④「連絡先」欄には、申込演題に関する連絡先を記載してください。代表発表者以外の連絡先を記入しても構いませんが、発表に関する連絡（電話、メールでの連絡、送付物等）は、すべてここに記入された連絡先を通じて行いますのでご留意ください。
- ⑤「発表要旨」欄には、発表内容の要旨を簡潔にまとめてください。演題採否の際に必要となりますので必ず記載してください。

(5) 演題申込期日      平成29年11月1日（水）必着

#### (6) 演題の採否

神奈川県歯科医師会学術委員会において検討の後、決定させていただきます。  
なお、演題応募多数の際は発表形式をご変更願う場合がございますので、予めご承知おきください。

### 8. 事前抄録プログラム

- (1) 事前抄録プログラムを作成いたしますので、演題申込者は期日までに事前抄録（800字程度）を提出してください。
- (2) 記載方法等詳細については演題申込者宛に別途ご連絡いたします。
- (3) 提出期日：**平成29年11月27日（月）必着**

### 9. 参加申し込み

参加費は無料です。  
神歯歯界月報1月号等で改めてご案内いたします。

### 10. 問い合わせ先

一般社団法人神奈川県歯科医師会 事業第1課：担当 高橋  
TEL:045-681-2172 FAX:045-681-2426 Eメール:takahashi@dent-kng.or.jp

## 神奈川県地域歯科医療研修会 演題申込書

1. 発表の形式：      演発表     ・      ポスター発表

2. 発表に使用する器材

- (1) パソコン・Windows (使用ソフト及びバージョン \_\_\_\_\_ )
- (2) パソコン・Macintosh (使用ソフト及びバージョン \_\_\_\_\_ )
- (3) 器材を使用しない

3. 演題名

--

4. 氏名・所属

発表者 (ふりがな)	
共同発表者 (列記)	
発表者・共同発表者 の 所 属	

5. 連絡先

〒			
TEL	FAX	Eメール	

6. 発表要旨

--

【申込方法】

- ①Eメール [takahashi@dent-kng.or.jp](mailto:takahashi@dent-kng.or.jp) 添付ファイル Windows Word 使用
- ②Eメールでの方法が不可の場合 FAXでも構いません。(FAX: ☎0120-681-786)

【申込期日】     平成 29 年 11 月 1 日 (水)