

令和8年度 第2回 福島県歯科衛生士会研修会のご案内

「令和6年能登半島地震」を振り返る

災害時の口腔保健活動と食支援～有事の想定外に対応する～

今回は公立能登総合病院の歯科口腔外科部長でいらっしゃる長谷剛志先生を講師にお迎えし、災害時の口腔保健活動についてご講演いただきます。被災者の健康を守るために、私たち歯科医療従事者にはどのような役割が必要なのか一緒に学習してみましょう。

《講演抄録》

2024年元旦、能登半島を震源とする最大震度7(マグニチュード7.6)の巨大地震が発生した。災害関連死を含めると死亡者数は723人(2026年2月現在)に上り、加えて、家屋やインフラの被害を鑑みると稀にみる未曾有の大災害となった。

一方、長期断水という想定外の二次被害が発生し、被災者の生活や健康面に大きな影響がでることで、口腔内にも様々な変化がみられた。

そこで、誤嚥性肺炎という結果だけでは語れない被災者の口腔変化について、本研修では、その詳細と対応のあり方について解説する。

公立能登総合病院 歯科口腔外科 部長 長谷 剛志

- 日 時 : 令和8年8月2日(日) 午前10時00分～12時00分 (会場受付 午前9:30～)
- 開催形式 : ZOOMを使用したオンラインセミナー、または会場でZOOM映像を視聴する
(申込時に受講形式をどちらか一方ご選択ください)
- 会 場 : 福島県男女共生センター 5階 第5研修室
(〒964-0904 二本松市郭内 1-196-1 ☎0243-23-8301)
- テー マ : 「令和6年能登半島地震」を振り返る
災害時の口腔保健活動と食支援～有事の想定外に対応する～
- 講 師 : 公立能登総合病院 歯科口腔外科 部長 長谷 剛志 先生
- 対 象 : 歯科衛生士、歯科医師、学生、医療従事者等
- 参加費 : 県内会員:1,000円 県外会員:2,000円 会員外:5,000円 学生:無料
(本会のゆうちょ口座へ事前振込 詳細は裏面をご参照ください)
- 定 員 : ZOOM 受講 : 80名 , 会場受講 : 20名
- 申込方法 : ZOOMで受講する方も、会場で受講する方も、7月18日(土)(必着)までに
福島県歯科衛生士会宛に、メールにてお申込みください。
申込み手順の詳細は裏面をご覧ください。
- 取得単位 : Bリフレッシュコース h、災害支援活動 (2単位)
※日本歯科衛生士会認定更新生涯研修 2単位(予定)
- そ の 他 : 締切日前であっても定員に達した場合には、締め切らせていただきますので、
予めご了承ください。その際には、本会ホームページに掲載いたしますので、
お申込み時にご確認をお願い致します。

申込〆切：令和8年7月18日(土)
支払期限：令和8年7月21日(火)

● 参加申込みの流れと手順

① ZOOMで受講する方も、会場で受講する方も fukushimaken.dh@gmail.com

のアドレスにメールにて、氏名 会員番号 支部名等の必要事項を記載した上、令和8年7月18日(土)までにお申込みください。お申込みの際は、迷惑メール設定、受信拒否、指定ドメイン受信設定などの設定内容を確認し、上記アドレスからのメールが受信できる状態にしてください。

<県内会員および県外会員の方の記入例>

福島県歯科衛生士会研修会参加希望

- ・氏名 福島 桃子
- ・会員番号 1234567890
- ・所属支部 福島支部（県外の方は県名）
- ・電話番号 090-****-****
- ・住所 （県外の方のみ）
- ・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載

<会員外の方の記入例>

福島県歯科衛生士会研修会参加希望

- ・氏名 福島 さくら
- ・職種 歯科衛生士(学生の方は学生と記載)
- ・電話番号 080-****-****
- ・住所 福島市～
- ・歯科衛生士免許番号（歯科衛生士の方のみ）
- ・希望受講方法 ZOOM、会場受講いずれか記載

② メールでの申込み後、郵便局の青色の払込取扱票にて令和8年7月21日(火)までに参加費をお振込みください。ATMから口座番号を直接入力して送金すると、本会で必要事項が確認できませんので、ATMご利用の場合も、必ず必要事項を記載した払込取扱票を利用し、ご送金ください。なお、振込手数料は各自ご負担お願い致します。また、本会からの領収書の発行はいたしません。払込取扱票の受領証が領収書となります。当日、本人の都合により受講できなかった場合については、返金に応じかねますのでご了承ください。

★振込先 ゆうちょ銀行 ★口座番号02180-1-8970 ★名義 一般社団法人 福島県歯科衛生士会

《ご注意ください！！》 本会から口座番号のお知らせのメールはいたしませんので、申込みメールを送信後、期日までに各自上記の口座へ参加費のお振込みをお願い致します。

③ ZOOMでの受講を希望し、入金を確認され手続きが完了した方には、申込み締め切り後にZOOM招待のIDとパスワードをお知らせいたします。会場受講希望の方には、入金確認済のお知らせをいたします。なお、参加申込み、及び入金確認には数日かかりますことを予めご了承ください。

● 会員外歯科衛生士受講証明書 の発行について

研修会終了後に、会員外歯科衛生士の方への受講証明書を発行いたします。

返信先の住所、氏名を記載し110円切手を貼った返信用封筒を同封の上、研修会終了後1週間以内にご郵送にてお申込みください。郵送先は以下の通りです。

〒960-8105 福島県福島市仲間町 6-6 福島県歯科医師会館内 福島県歯科衛生士会 宛にご郵送ください。

● 日本歯科衛生士会認定単位取得の条件

- ① 参加申込み及び参加費入金が完了していること
- ② ZOOM設定で、名前をフルネームに変更できていること(ZOOMの場合)
- ③ 研修中は、常時ビデオをオンにしていること(ZOOMの場合)
- ④ 研修後アンケートを実施いたしますので、期日内にアンケートに回答し、返信すること
(アンケートの集計結果につきましては、会誌に掲載する場合がございますので、予めご了承ください。)
- ⑤ 時間厳守(遅刻や早退をした場合は、単位の取得ができなくなります。)

● 資料について

当日使用する資料については、お申込みいただいたメールアドレスにデータを事前に送りますので、各自ダウンロードしてご覧ください。なお会場で受講する場合であっても、当日の資料配布は行いませんので、予めご了承ください。

<払込取扱票記入例>

- ・加入者名(名義) 一般社団法人 福島県歯科衛生士会
 - ・口座番号 02180-1-8970
 - ・通信欄 令和8年度 第2回 研修会参加費 県内会員、県外会員、会員外記入
 - ・金額 県内会員 1,000円 県外会員 2,000円 会員外 5,000円
- *ご依頼人の氏名 住所 電話番号もお忘れなくご記入ください。

00		払込取扱票 記入例	
口座記号		口座番号(右詰めで記入)	
*02180	*1	8970	金額 (県内会員 ¥1000 県外会員 ¥2000 会員外 ¥5000)
加入者名	*一般社団法人福島県歯科衛生士会		
通信欄	*令和・年度 第2回 研修会参加費 (県内会員・県外会員・会員外)		
住所	* 〇〇〇		
氏名	* 〇〇		
依頼人	* 〇〇		
(ご連絡先電話番号)	TEL 〇〇		

各票の※印欄は、ご依頼人様においてご記入ください。
ご依頼人欄に、おとこ・おなまえをご記入ください。
これより下部には何も記入しないでください。

振替払込請求書兼受領証	
口座記号番号	*02180-1
口座記号番号	8970
加入者名	*福島県歯科衛生士会
金額	千 百 十 万 千 百 十 円 * ¥1.000
おなまえ	* ¥2.000
ご依頼人	* ¥5.000
依頼人	〇〇 様
料金	(消費税込み) 日 附 印
備考	円

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押しつけてください。
切り取らないでお出しください。

● 講師略歴 長谷 剛志 先生

- 2001年 北海道医療大学歯学部卒業
- 2006年 金沢大学大学院 医学研究科修了 医学博士
- 2009年 公立能登総合病院 歯科口腔外科 医長
- 2015年 同病院 部長

【お問い合わせ先】	福島県歯科衛生士会 学術委員会
メール	fukushimaken.dh@gmail.com

- 広報委員会より、会誌に掲載する研修会についての原稿依頼をお願いする場合がございますので、その際はご協力をお願いいたします。