

令和8年度 第1回 福島県歯科衛生士会研修会のご案内

# 「(仮題) 歯科医療従事者が押さえて おきたい感染症」

今回は大阪大学歯学部附属病院 口腔総合診療部 准教授 野崎剛徳先生を講師にお迎えし、ご講演いただきます。感染症に対する最新の知識や感染予防対策等について学習しましょう。皆様のご参加お待ちしております。

- 日 時 : 令和8年6月21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 : 「(仮題) 歯科医療従事者が押さえておきたい感染症」
- 講 師 : 大阪大学 歯学部附属病院 口腔総合診療部 准教授 野崎 剛徳 先生
- 対 象 : 歯科衛生士、歯科医師、学生、保健医療従事者等
- 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、6月13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。  
申込み手順の下記の詳細をご覧ください。
- 取得単位 : C、特定コース a 歯科診療所等における医療安全管理対策より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、申込み時にご確認をお願い致します。

申込〆切：令和8年6月13日(土)  
支払期限：令和8年6月15日(月)

## ● 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](mailto: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6月13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6月15日(月)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 事務局 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。)

## ● 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1回 研修会参加費 県内会員、県外会員、会員外か記入
  - ・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		振替払込請求書兼受領証	
口座記号		口座番号(右詰めで記入)		千 百 十 万 千 百 十 円	
* 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		* 料金額		* 口座記号 02180-1	
* 通信欄 令和・年度 第1回 研修会参加費 (県内会員・県外会員・会員外)		* 金額		* 加入者名 福島県歯科衛生士会	
* 住所		* 金額		* 金額	
* 氏名		* 金額		* 金額	
* 依頼人		* 金額		* 金額	
* 日		* 金額		* 金額	
* 附		* 金額		* 金額	
* 印		* 金額		* 金額	

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、おところ・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。

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

【お問合わせ先】 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。