

令和7年3月28日

各施設長、事務長様

江戸川区口腔保健センター

江戸川区口腔ケアサポーター（養成）集団研修会のご案内
（ベーシックコース・アドバンスコース）

江戸川区口腔保健センターは、江戸川区歯科医師会が運営している障がい者（児）および要介護高齢者を対象とした歯科診療所です。

当センターでは、平成17年3月から事業の一環として、介護の第一線で活躍されています皆様を対象に介護予防に効果の高い運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上を目的として、実習を含めた研修を行い多くの方々の参加を頂いております。

今回、令和7年度のベーシックコース及びアドバンスコースの募集を行いますので、別紙より申し込みをお願いいたします。（アドバンスコース申込対象者は、ベーシックコース受講修了者および修了予定者のみとなっております）

なお、貴関連施設への周知につきましてもよろしくご配慮願います。

1. 研修日程及び内容

(1) 日程

研修名		月	第1日目	第2日目	
①	ベーシックコース	第92回	6月	5日（木）	12日（木）
		第93回	9月	4日（木）	18日（木）
②	アドバンスコース	11月	20日（木）		

時間：午後6時～午後8時45分（時間厳守でお願いします）

(2) 内容

①	ベーシックコース	「口腔ケアの基礎知識・摂食嚥下の基礎」
②	アドバンスコース	「食べる支援について・誤嚥の予防について」

※研修内容の詳細は別紙のとおりです。

2. 会場

江戸川区口腔保健センター「にこにこ歯科診療所」 研修室

〒134-0013 江戸川区江戸川5-14-4

会場案内図はホームページをご参照下さい。

<http://www.edo418.jp/2525/>

車でのご来場はご遠慮下さい

3. 対象者及び募集人数

(1) ベーシックコース 各回 20 名

所属事業所が区内または区内在住の方

ケアマネ・介護福祉士・ヘルパー・訪問看護師・ST・OT・PT・施設職員・
要介護高齢者家族・区内病院スタッフ・他

(1回の研修では1事業所5名を上限に、先着20名とします)

※一度受講された方は、ご遠慮下さい。

(2) アドバンスコース 20 名

江戸川区口腔ケアサポーター研修(ベーシックコース)修了者

※令和7年6月・9月にベーシックコース受講者は、11月のアドバンスコースの申し込みも可能です。但し、ベーシックコース2日間の受講が修了しない場合は、アドバンスコースの受講はできません。

(1)(2) 共通 受講をキャンセルされる場合は代理の方のご受講をお願いいたします。

4. 申込期間 ベーシックコース・アドバンスコース 各コース共 4月10日(木)～19日(土)

- ① 受付期間以外にお申込みいただいた場合は、無効となります。
- ② お申込みいただいた方につきましては、結果をFAXにてお知らせいたします。

5. 受講料

ベーシックコース	2,000 円	資料代として、第1日目受付時に徴収いたします
アドバンスコース	1,000 円	資料・材料代として当日徴収いたします

6. 申し込み方法

各コース共、別紙、申込書に記入のうえ、FAXでお申し込みください。

FAX 番号 03-5667-8022 (電話でのお申し込みはご遠慮ください)

7. 決定通知・受講受付票送付

各コース共にFAXで送付いたしますので、

決定通知・受講受付票を受講日当日必ずご持参下さい

FAX 送付日 5月9日(金)

8. 問い合わせ先

江戸川区口腔保健センター 地域医療連携支援室 研修担当

03-5667-8020 (9:00～17:00 日祝・月休診)

ベーシックコース申込書

令和7年4月 日

第92・93回 (6月・9月開催)

江戸川区口腔ケアサポーター養成 集団研修会 (ベーシックコース)

所属事業所名	
事業所住所	
事業所 TEL	
事業所 FAX	

◎ 受講希望者をご記入下さい

	受講希望者氏名	職種
1	(男・女)	
2	(男・女)	
3	(男・女)	
4	(男・女)	
5	(男・女)	

◎ 日程 (希望する受講回に○をして下さい)

<input type="checkbox"/>	第92回 (6月 5・12日)
<input type="checkbox"/>	第93回 (9月 4・18日)

※ 各回にお申込み希望者がある場合は、この用紙をコピーして使用して下さい。

.....

江戸川区口腔保健センター
FAX 5667-8022

アドバンスコース申込書

令和7年4月 日

江戸川区口腔ケアサポーター養成集団研修会（アドバンスコース）

開催日程：令和7年11月20日（木）

所属事業所名	
事業所住所	
事業所 TEL	
事業所 FAX	

◎ 受講希望者をご記入下さい

	受講希望者氏名	職種
1	(男・女)	
2	(男・女)	
3	(男・女)	
4	(男・女)	
5	(男・女)	

※ 複数申込される場合は、この用紙をコピーして使用して下さい。

(「江戸川区口腔ケアサポーター研修会ベーシックコース」を受講された方のみ
お申込みください)

江戸川区口腔保健センター
FAX 5667-8022