

30新腔セ発第6号
平成30年7月18日

施設長様

新潟市口腔保健福祉センター
指定管理者 新潟市歯科医師会
会長 岡田 匠
(公印省略)

平成30年度口腔健診・研修事業のご案内

貴施設におかれましては、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

新潟市口腔保健福祉センターでは新潟市事業として以下のとおり「口腔健診・研修事業」を実施致します。本事業は、当該施設を担当する歯科医師等が施設へ赴き、施設利用者に対して口の中の健診、歯科保健指導及び相談を行うものです。また、各施設の従事者の方々への情報提供や情報交換もさせていただきます。以下の事業内容をご確認のうえ、本事業のご利用をご希望される施設は、下記の通りお申込みください。

さて、本年度より対象施設を地域活動支援センターに加え、就労継続支援B型事業所も新規対象施設といたしました。

全身の健康の維持増進のためには、口の中の健康管理はとても大切であり、定期的な歯科健診や保健指導を受けることが重要となってきます。本事業についてご検討していただき、是非ともご利用頂きますよう、お願い申し上げます。

記

1 事業について

- (1) 事業名 口腔健診・研修事業
- (2) 対象施設 地域活動支援センター、就労継続支援B型事業所
- (3) 内容 施設利用者への歯科健診・歯科保健指導
施設従事者への情報提供・情報交換
- (4) 利用回数 1回
- (5) 費用 無料

2 お申込み方法

- (1) 申込期限 平成30年7月31日(火)
- (2) 申込方法 同封の口腔健診・研修事業申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXでお申し込みください。
- (3) 申込先 新潟市口腔保健福祉センター (FAX 025-246-5675)
- (4) その他 実施希望日は、健診受診者が概ね5名以上を見込める日としてください。
申込み多数の場合にはお受けできない場合がございます。

3 添付資料

- ・口腔健診・研修事業申込書
- ・「健診を実施した施設からの声」
- ・新潟市口腔保健福祉センターパンフレット

【問合せ先】

新潟市口腔保健福祉センター
TEL 025-212-8020
FAX 025-246-5675
(担当) 阿部 吉田

(別記様式第1号)

新潟市口腔保健福祉センター 行
(指定管理者 一般社団法人 新潟市歯科医師会)
FAX : 025-246-5675

口腔健診・研修事業申込書

口腔健診・研修事業を次のとおり申し込みます。

施設名		施設長名	
		担当者名	
住 所	〒 - 新潟市 区	TEL	
		FAX	

実施希望日：希望はお聞きしますが、施設と担当医間の日程の調整で決定します。
希望の月、日、曜日、時間帯を第3希望まで必ずご記入ください。

	希 望 日 時	※参加予定人数
第1希望	平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時頃	人
第2希望	平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時頃	人
第3希望	平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時頃	人

※参加予定人数に変更があった場合は、必ず新潟市口腔保健福祉センターへご連絡をお願いいたします。人数が極端に少なくなる場合には、健診を中止する可能性もありますので、予めご了承ください。

ご連絡がない場合は、参加予定人数で健診器具等を準備いたします。