

令和 5年 1月11日

事業者 殿

押印省略

公益社団法人神奈川労務安全衛生協会
川 崎 南 支 部 支 部 長

健康保持増進研修会開催のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は弊支部の活動に深いご理解とご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。

さて、令和4年10月より、有害業務に従事する労働者に対し、すべての事業場で歯科健診の結果報告が義務化となっております。歯科検診の報告書の様式も新たに定められております。

また、コロナウイルス等の感染防止対策として、マスクの着用が習慣となり、口臭や歯周病等が気になっている方も増えているのではないかと思います。正しい知識や情報を共有することで、健康保持につながるよう 今年度は働く人のお口の健康管理について・歯科検診報告書の様式についてと、性別・年齢を問わずに発症し、その原因についても様々な腰痛についての研修会を開催することとなりました。ご多忙中のことと存じますが、コロナ感染防止対策を講じての開催となりますので、労働安全衛生管理並びに危機管理に携わる関係者、並びに保健師・看護師の方の出席をお願い申し上げます。

敬具

記

1. 日時 令和 5年 2月10日（金） 13時30分～16時30分
(受付開始13時00分)
2. 場所 カルッツかわさき 大会議室
川崎市川崎区富士見1-1-4 (TEL: 044-222-5211)
3. 対象者 産業医、安全衛生管理者、人事労務管理者、安全衛生委員会委員、安全衛生推進者、安全衛生担当者、総務担当者、防災担当者、保健師、看護師
4. 定員 45名
5. 受講料 1名につき
会 員 ; 2,000円 (資料・会場費代・税込み)
(協会会員の方は、NET申込の場合300円割引になります)
非会員 ; 3,500円 (資料・会場費代・税込み)
★ 研修会当日欠席及びキャンセルの場合は、受講料を返金致しませんのでご了承下さい。
6. 内容
 - (1) 特別講演 13:30～14:30
「腰痛について」
講師：社会医療法人財団 石心会 さいわい鶴見病院
整形外科顧問 中村 潤一郎 氏
 - (2) 基調講演 14:30～15:00
川崎北労働基準監督署 安全衛生課長 吉田 雄二 氏

(3) 特別講演 15:00～16:30

「働く人のお口の健康づくり」

(口臭・歯周病・オーラルフレイル予防)

講師：大城 暁子 歯科医師 (川崎市健康増進課)

佐々木 彩 歯科衛生士 (川崎市健康増進課)

7. 申込方法；電話にて事務局 (TEL 044-221-9082) へ予約して下さい。

申込みは先着順受付とし、定員になり次第締切りとさせていただきます。

予約申込みが済みましたら、申込書を (必要事項を記入) 『Eメール』もしくは『FAX』にてご配信願います。その後、受講料を、銀行振込または、現金書留でお支払い下さい。送金期限は、2月8日 (水) 必着、受講料入金後正式受付となります。

★電話予約をせずに、受講料を支払われた場合は、無効となります。ご注意下さい。

※受講票は配布しませんので、当日受付にて会社名・氏名を告げてください。

〈受講料支払方法〉

◎ 銀行振込の場合振込み先

横浜銀行 川崎支店 普通口座 1871358

公益社団法人神奈川労務安全衛生協会 川崎南支部

※振り込み手数料は、貴社にてご負担下さい。

受講料の領収証は発行いたしませんので、銀行での振込みされたご利用明細をご使用下さい。

◎ 現金書留の場合郵送宛先

公益社団法人神奈川労務安全衛生協会 川崎南支部 事務局長 宛

〒210-0002 川崎市川崎区榎町5-13 小林ビル101

TEL 044-221-9082 FAX 044-221-9083

領収証を送付いたしますので、84円切手貼付の返信用封筒をご同封願います。

8. そ の 他

(1) 研修会への欠席及びキャンセルは、研修会開催日の4日前15時までにご連絡ください。それを過ぎてからの連絡がなく欠席された場合、受講料の返金いたしませんので、ご注意ください。

(2) 会場へは、公共交通機関でお越しください。

(3) 申込書は、判読できない場合がありますので楷書でご記入ください。

(4) 会場又はその周辺は、川崎市の条例により全面禁煙となっております。

(5) マスク着用をお願いします。

***** 申 込 書 *****

開 催 日 令和 5年 2月10日 (金)

会 場 カルッツかわさき 大会議室
川崎市川崎区富士見1-1-4 (TEL: 044-222-5211)

川崎南支部宛 (FAX 044-221-9083)
(Eメール kawaminami1@roaneikyo.or.jp)

健康保持増進研修会申込書

事業場名			
所在地			
担当者所属部課		担当者名	
TEL番号			
フリガナ 氏 名	生 年 月 日 (西暦)	役 職 又 は 担 当	
どちらかに○をお願いします 非 会 員 ・ 会 員 (会員No.)			
受講料お支払いについて、下記にご記入願います		該当するところに○で囲んでください	
名分 円を 令和 5年 月 日		銀 行 振 込 現 金 書 留 川崎南支部持参	

提出戴きました個人情報につきましては、当協会が責任を持って管理・保管し当研修会の的確な実施のみに利用させていただきます。