

『食は薬なり』－薬膳マニアの賢者の食卓－ 日本歯科東洋医学会認定研修会

国際中医師・国際中医薬膳管理師・調理師の黒川真紀子先生に薬膳の知恵を学ぼう！
 また2012年から漢方薬の歯科保険適応が認められ、2024年には13方剤まで増えています。関西支部会では「学会認定医・認定歯科衛生士取得」に必要な「入門講習会」を行います。支部会ですが、**会員でなくても、東洋医学に興味あれば誰でも参加OKです。ぜひご参加ください！**2025年の歯科医師国家試験に漢方薬が出題されました。医科での漢方薬処方率が上昇している現状で、自身で処方しなくても、歯科医院には漢方薬内服中の患者が多数来られます。漢方薬の副作用や他剤との相互作用などは知っておかねばなりません。明日からの歯科臨床に漢方薬、鍼灸を取り入れてみたい方、薬膳について学びたい方はぜひご参加ください！
 また日本歯科東洋医学会認定歯科衛生士試験を15:50～行います。
 なお、**認定歯科衛生士試験**の申し込みは別に必要です。

日時:令和8年7月19日(日) AM9:20～大阪大学中之島センター
 令和8年7月30日(木)～9月30日(水) 入門のみオンデマンド開催

プログラム

- 9:00～ 9:15 関西支部総会 関西支部会員2単位取得 (現地のみ)
- 9:20～12:00 **教育講演『食は薬なり』－薬膳マニアの賢者の食卓－** 黒川真紀子
 認定研修会5単位取得・認定歯科衛生士指定研修会5単位取得(現地のみ)
 16年間、料理屋のカウンター内で人を観察してきた人好き料理人。
 お店に来られた方のエピソード、
 「高野豆腐の炊いたんで母に電話したくなるサラリーマン」
 「口調は攻撃的でも胃が弱い嫉妬深い女性」など
薬膳の知恵と共に日常の食材から身体を整えるヒントをお伝えいたします。
- 12:00～12:50 昼休憩 (中之島センター2階で、昼食が摂れます。)
- 日本歯科東洋医学会入門講習会 会員5単位取得 (現地・オンデマンドあり)
- 12:50～13:20 東洋医学概論 瀧 邦高 日本歯科東洋医学会関西支部支部長
- 13:30～14:00 入門歯科漢方薬 久保茂正 日本歯科東洋医学会副会長
- 14:10～14:40 歯科漢方薬13方剤 小坂峰雄 日本歯科東洋医学会理事
- 14:50～15:40 入門歯科鍼灸 英保武志 日本歯科東洋医学会常任理事
- 15:50～16:50 日本歯科東洋医学会認定衛生士試験 (現地のみ)

入門講習会参加は学会認定医・認定歯科衛生士の取得には必須です！



黒川 真紀子



瀧 邦高



久保茂正



小坂峰雄



英保武志

お申し込み方法 裏です →

申込開始!

参加費 : ¥5.000 円 (歯科医師、医師、薬剤師、鍼灸師)
 ¥2.000 円 (研修医、大学院生、歯科衛生士、看護師、他一般含む)
 ¥無料 (歯学部6年生まで、医療関係の学生：申込時に学生証の提示必要)

定員 : 会場 50 名 オンデマンド 80 名 (オンデマンドは入門講習会のみです。)
 内容に興味ある方は会員、非会員、支部を問わずどなたでも参加できます
 但し、日本歯科東洋医学会認定医のための単位取得には学会員であることが条件です。

:: お問合せ・申し込み先 ::

- ・事務局へ FAX、Mail で申込後、1週間以内に上記参加費を下記振込先に、振込お願いします。
- ・Mail 申し込みの方は、下記の内容を記載してください。下記 QR コードも利用できます。
- ・申し込み締め切りは 9/12(土)までとさせていただきます。
 (8/9(日)～8/16(日)までは事務局はお休みです)

日本歯科東洋医学会 関西支部事務局



〒566-0064 大阪府摂津市鳥飼中 1-23-3
 医療法人小坂歯科医院内

電話/FAX **072-653-4118**

✉ toyoshikakansai@outlook.jp



三菱 UFJ 銀行 茨木支店 普通 0434243 日本歯科東洋医学会関西支部会計小坂峰雄
 入金をもって、申し込み完了といたします。振込手数料はご負担ください。
 振込伝票をもって、領収書とさせていただきます。入金確認後、1週間以内にメールにて、
 詳細をご連絡します。連絡がないようでしたら、メールでご連絡ください。

2026日本歯科東洋医学会関西支部会 『食は薬なり』 FAX 申し込み用紙ー

1 診療所で多数参加される場合は申し込み用紙をコピーしてください

氏名	日本歯科東洋医学会 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		携帯電話 TEL	FAX
詳細送付先 住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先	〒		
所属先名	会場での参加希望		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
* FAX申し込みの方はメールアドレスが読み間違えそうな文字(数字の1や0と英小文字lやO、ハイフン、アンダーバー等)は仮名を書きいただけますようお願いいたします				
メールアドレス 仮名				
メールアドレス				
職種	<input type="checkbox"/> 歯科医師・医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 研修医・大学院生 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士・コデンタル・看護師・コメディカル			