

平成25年度

# 関東甲信越支部学術大会

特定非営利活動法人 日本顎咬合学会

## 開催にあたって

関東甲信越支部会員の皆様には支部活動に際し、多くのご支援・ご協力を頂き、誠にありがとうございます。

今年度は関東甲信越支部において、下記の学術大会を企画いたしました。

有意義な企画になると思いますので、是非とも多くの先生方にご参加頂きますようお願い申し上げます。

当日会場でお目にかかれるのを楽しみにしております。

支部長 石上 和紀

日時

平成26年3月16日(日)

10:00~16:00

会場

JA共済ビルカンファレンスホール(裏面地図参照)

東京都千代田区平河町2-7-9 JA共済ビル1F

プログラム

メインテーマ

「新顎咬合学を踏まえた臨床における

顎関節・咬合のとらえ方」

■特別講演・演者

10:00~11:00

影山 幾男 教授 (日本歯科大学新潟生命歯学部)

臨床に役に立つ

顎顔面領域の発生・解剖・加齢変化

11:00~12:30

松島 正和 先生 (東京都千代田区開業)

顎関節の臨床的機能と咬合のとらえ方

12:30~12:40

まとめ

12:40~13:30

休憩(昼食付き)

13:30~15:00

上田 秀朗 先生 (福岡県北九州市開業)

Longevityを実現するための咬合再構成の考え方

15:00~16:00

会員発表 3題(各20分)

会費

(全て昼食付き)

歯科医師(会員) 4,000円

歯科医師(非会員) 6,000円

コ・デンタルスタッフ 2,000円

※ご入金後は理由に関わらずご返金はいたしませんので予めご了承ください。

支部学術大会出席……………10単位

学術大会筆頭発表者………30単位 第2,第3発表者………10単位

### 関東甲信越支部学術大会・第32回学術大会 会員発表募集

会員発表をしていただける方の募集をします。日常臨床をテーマにしたご発表で結構です。ご応募・お問い合わせをお待ちしています。なお、支部学術大会・第32回学術大会どちらで発表いただくかは選考委員会にて決定させていただきます。予めご了承ください。

募集締切

2月10日(月)

ご応募はメールもしくはFAXにてお願い致します。

■担当:長阪信昌(お問い合わせ先は下記にございます)

### 参加申込方法

申込書にご記入のうえ、FAXでお申込みください。

収容人数の都合上、参加申込は平成26年2月28日(金)迄にご連絡をお願い致します。

参加費は平成25年3月1日(金)迄に下記口座へお振り込みをお願い致します。

(申し訳ありませんが手数料はご負担ください。)

### 参加費振込先

多摩信用金庫(店番):022 口座番号 普通:0248206

名義:日本顎咬合学会関東支部一般会計支部長 石上和紀

### お問い合わせ

日本顎咬合学会関東甲信越支部副支部長 長阪信昌

電話 042-548-4618 FAX 042-548-4545

mail: info@nagasaki-shika.com

# 平成 25 年度 関東甲信越支部学術大会



## JA共済ビル カンファレンスホール

千代田区平河町2-7-9 JA共済ビル 1F  
TEL 03-3265-8716

### 〈交通のご案内〉

- 東京メトロ  
有楽町線／半蔵門線／南北線  
「永田町駅」4番出口 徒歩2分

## 参加申込書 参加申込締切 2月28日(金)

ご記入の上, FAXでお申込ください

※ご入金後は理由に関わらずご返金はいたしませんので予めご了承ください。

該当に☑を記入してください。

会員氏名	会員番号	
	No.	
	歯科医師	<input type="checkbox"/> 会員 ( <input type="checkbox"/> 指導医 / <input type="checkbox"/> 認定医 ) <input type="checkbox"/> 非会員
	<input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ ( <input type="checkbox"/> 歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 ) <input type="checkbox"/> その他	
医院名		
住所	〒	
	TEL	FAX
ご同伴の コ・デンタルスタッフ	氏名	<input type="checkbox"/> 歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 / <input type="checkbox"/> その他
	氏名	<input type="checkbox"/> 歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 / <input type="checkbox"/> その他
	氏名	<input type="checkbox"/> 歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 / <input type="checkbox"/> その他
	氏名	<input type="checkbox"/> 歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 / <input type="checkbox"/> その他

お申込み先 **Fax.042-548-4545**

ご記入のうえ、FAXで  
お申込みください。