

平成25年度

九州・沖縄支部学術大会

特定非営利活動法人 日本顎咬合学会

日時

平成26年2月23日(日)
9:50~13:20

会場

アクロス福岡 7階大会議室(裏面地図参照)
福岡市中央区天神 1-1-1 TEL 092-725-9111

プログラム

- 9:50 開会の辞 田中 憲一 先生(九州・沖縄支部支部長)
- 10:00~10:20 廣田 哲哉 先生(福岡県勤務)
「なぜその咬合様式を選んだのか」
—顎運動の個体差を考慮して—
- 10:20~10:40 長友 祐介 先生(熊本県勤務)
「自家歯牙移植により臼歯部一歯欠損へ対応した症例」
- 10:40~11:00 東 修平 先生(鹿児島県開業)
「骨の再生を考える」
~骨造成、歯周再生治療を伴う
full mouth reconstruction ~
- 11:00~11:10 休憩
- 11:10~11:30 樋口 史郎 先生(長崎県開業)
「コンポジットレジンにて正中離開に対応した一例」
- 11:30~11:50 黒木 道明 先生(宮崎県開業)
「咬合再構成の治療段階でレジンシェルを応用した症例」
- 11:50~12:10 松本 英治 先生(大分県開業)
「総義歯の最終形態をイメージする」
- 12:10~12:20 休憩
- 12:20~12:40 毛利 收孝 先生(熊本県勤務)
「動的印象を行い総義歯を作製した一症例」
- 12:40~13:00 山口 康介 先生(佐賀県開業)
「生理的機能咬合を考慮した矯正・補綴治療」
- 13:00~13:20 鈴木 宏樹 先生(福岡県勤務)
「脳卒中患者に総義歯を作製した一例」
- 13:20 閉会の辞 樋口 惣先生(九州・沖縄支部副支部長)

※次大会以降、本部学術大会のプログラム「若手選抜発表」の演者選考会をする予定にしております。詳細は決まり次第、支部ホームページ、各種ご案内にて掲載します。

会費

歯科医師(会員) _____ 2,000円
歯科医師(非会員) _____ 3,000円
コ・デンタルスタッフ _____ 1,000円

*当学会に新規入会を希望される方は、当日受付にてご案内いたします。

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

参加申込方法

- 申込書にご記入頂き、FAXでお申込みください。
- 参加費は当日現金にてお願いいたします。
- 九州・沖縄支部以外の会員の先生方も是非ご参加ください。

参加申込締切 平成26年2月14日(金)

参加申込み先

TEL 092-433-5558 FAX 092-433-5552
(窓口：トーデント九州)

平成 25 年度 九州・沖縄支部学術大会



アクロス福岡 7階 大会議室

福岡市中央区天神1丁目1番1号
TEL 092-725-9111(代表)

〈交通のご案内〉

- 福岡空港から天神まで地下鉄空港線で11分
 - JR博多駅～天神まで地下鉄空港線で5分
 - 西鉄福岡天神駅から徒歩10分
 - 地下鉄空港線天神駅から徒歩3分(16番出口)
 - 地下鉄七隈線天神南駅5番出口から徒歩3分
 - バス停「市役所北口」から徒歩0分
 - バス停「天神4丁目」から徒歩3分
 - バス停「中央郵便局」から徒歩5分
- * 地下鉄空港線天神駅16番出口から、アクロス福岡地下2階へ直接入館できます。

参加申込書 参加申込締切 平成 26 年 2 月 14 日(金)

* ご記入の上、FAXでお申込ください

該当に☑を記入してください。

会員氏名		
	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
	氏名	<input type="checkbox"/> 歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
	氏名	<input type="checkbox"/> 歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
	氏名	<input type="checkbox"/> 歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 歯科衛生士

お申込み先

Fax.092-433-5552

窓口: トーデント九州