

2014年度

# 中部支部学術大会

特定非営利活動法人 日本顎咬合学会

## 開催にあたって

毎年恒例となっております中部支部学術大会が今年も開催されます。支部学術大会では当会の主旨に則った講師の先生を招聘しての基調講演と日頃の臨床成果を発表する会員発表と二部構成になっています。会員発表は講師の先生や支部指導医の先生方よりコメントをいただきさらに研鑽を積んでいけるように企画しています。またその上には本会（毎年6月に東京国際フォーラムで開催）の学術大会での発表を目指していただきたく思っています。今年度は「線を引かない歯科臨床」と題して Minimum Intervention では第一人者であります新井俊樹先生（一の会）をお呼びしてその真髓に迫っていきたく思います。その後の会員発表もできるだけテーマに沿ったシンポジウム形式にて行い会員の皆様方とディスカッションしていきたく思います。これからの臨床における治療計画や診断に大いに役立つ内容と思しますのでどうぞ奮って御参加いただきたく御案内申し上げます。

中部支部 支部長 三輪 一雄

**日時** 2014年12月7日(日) 10:00~17:30  
(9:30~受付)

**会場** 名古屋国際会議場 234室  
名古屋市熱田区熱田西町1-1  
TEL 052-683-7711

**テーマ** 「線を引かない歯科臨床」

**プログラム**

- 10:00~10:10 支部長挨拶
- 10:10~13:00 特別講演 **新井 俊樹 先生**  
「私の考える総合歯科診療」
- 13:00~14:20 昼 食
- 14:20~15:10 歯科医師会員発表・座談会
- 15:20~16:10 歯科衛生士会員発表・座談会
- 16:20~17:20 歯科技工士会員発表
- 17:20~17:30 総括 謝辞

**会費**

歯科医師(会員)	_____	3,000円
歯科医師(非会員)	_____	5,000円
コ・デンタルスタッフ, その他	_____	1,000円
準会員(学生・研修医)	_____	無 料

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

※ 当日入会も可能です。  
会員カードを忘れずにお持ちください。  
※ 日本歯科医師会にご所属の先生は生涯研修登録ICカードをお持ちください。



**参加費振込先** 恐縮ですが支部学術大会にご参加の方は FAX にて申込みされた上、参加費を下記口座にお振込み願います。ご入金確認をもって正式な登録とさせていただきます。また、振込みの控えをもって領収証に代えさせていただきます。

名古屋銀行 豊明支店 店番号 244 普通 3424249  
日本顎咬合学会中部支部 一般会計 支部長 三輪一雄

**参加申込先** FAX : 0562-93-4902 TEL : 0562-93-4888  
窓口 : 三輪一雄・双峰歯科クリニック

**事前申込締切** 12月1日(月)

# 2014年度 中部支部学術大会



## 名古屋国際会議場 234室

〒456-0036

名古屋市熱田区熱田西町1-1

TEL.052-683-7711

## 参加申込書

**参加申込締切 12月1日(月)**

参加される方全員の名前を記入してください。  
同一施設からの複数参加の場合は用紙をコピーしてお申し込みください。

該当にを記入してください。

氏名	ふりがな	住所 〒
	会員番号	TEL
歯科医師	<input type="checkbox"/> 会員 ( <input type="checkbox"/> 認定医 / <input type="checkbox"/> 指導医 ) ・ <input type="checkbox"/> 非会員	
歯科技工士	<input type="checkbox"/> 会員 ( <input type="checkbox"/> 認定歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 指導歯科技工士 ) ・ <input type="checkbox"/> 非会員	
歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 会員 ( <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 / <input type="checkbox"/> 指導歯科衛生士 ) ・ <input type="checkbox"/> 非会員	
<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 準会員 ( 学生 ・ 研修医 )		

氏名	ふりがな	住所 〒
	会員番号	TEL
歯科医師	<input type="checkbox"/> 会員 ( <input type="checkbox"/> 認定医 / <input type="checkbox"/> 指導医 ) ・ <input type="checkbox"/> 非会員	
歯科技工士	<input type="checkbox"/> 会員 ( <input type="checkbox"/> 認定歯科技工士 / <input type="checkbox"/> 指導歯科技工士 ) ・ <input type="checkbox"/> 非会員	
歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 会員 ( <input type="checkbox"/> 認定歯科衛生士 / <input type="checkbox"/> 指導歯科衛生士 ) ・ <input type="checkbox"/> 非会員	
<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 準会員 ( 学生 ・ 研修医 )		

お申込み先 **Fax.0562-93-4902** にご記入のうえFAXでお申し込みください。

お問合せ：日本顎咬合学会中部支部支部長 **三輪一雄** (双峰歯科クリニック)