

2015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

平素は支部活動にご理解、ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

今年度の支部学術大会は特別講演に理事長経験者でもある南清和先生をお招きしてご講演いただきます。当日は当学会の真髄とでもいうべきその卓越した臨床を見せていただけることと期待しております。また、支部内の会員の先生方の日頃の臨床成果の発表の場としての会員発表を行い、よりステップアップしていただくためにディスカッションやアドバイスをさせていただけるように企画しております。

会員の皆様にとって有意義な1日となることを祈念するとともに、より多くの皆様にご参加いただけることを心よりお願い申し上げます。

中部支部支部長 三輪 一雄

日時

2015年11月23日(月・祝) 10:00~17:00
(9:30~受付)

会場

ウイングあいち 901
名古屋市中村区名駅 4-4-38
TEL 052-571-6131

プログラム

10:00 開会

10:10~13:00

特別講演 南 清和 先生 (大阪府開業)

「咬合再構成における審美と機能のキーポイント」

13:00~14:00 昼 食

14:00~17:00

会員発表 4題

17:00 閉会

会費

歯科医師(会 員) _____ 4,000円 (お弁当代込)

歯科医師(非会員) _____ 6,000円 (お弁当代込)

コ・デンタルスタッフ, その他 _____ 2,000円 (お弁当代込)

準会員(学生・研修医) _____ 1,000円 (お弁当代込)

*会費にはお弁当代1000円が含まれています。

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

※ 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

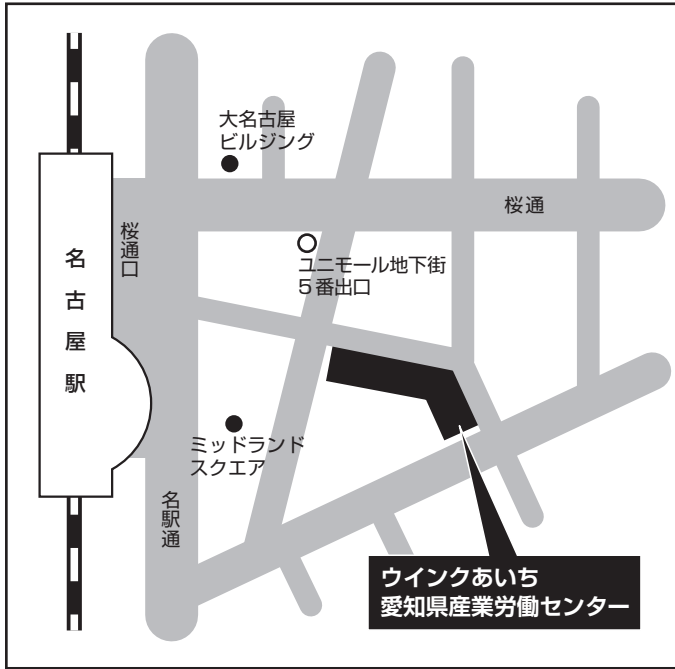
FAX : 0562-93-4902 TEL : 0562-93-4888

窓口 : 三輪一雄・双峰歯科クリニック

参加申込締切

11月16日(月)

2015年度 中部支部学術大会



ウインクあいち

ウインクあいち（愛知県産業労働センター）
 名古屋市中村区名駅4-4-38
 TEL 052-571-6131

[アクセス]

- （JR・地下鉄・名鉄・近鉄）名古屋駅より
- JR名古屋駅桜通口から
ミッドランドスクエア方面 徒歩5分
 - ユニモール地下街 5番出口 徒歩2分

参加申込書 参加申込締切 2015年11月16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）