

2015年度

近畿・中国・四国支部学術大会

特定非営利活動法人 日本顎咬合学会

開催にあたって

近畿・中国・四国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。

今年度は特別講演に小川洋一先生をお迎えして、下記の学術大会を企画いたしました。是非とも多くの皆様にご参加頂きますようお願い申し上げます。

支部長 鵜飼 誠

日時

2015年
11月8日(日) 10:00~16:00 (9:30受付開始)

会場

AP大阪駅前梅田1丁目 APホール (裏面地図参照)

大阪府大阪市北区梅田 1-12-12 東京建物梅田ビル地下1・2階
TEL 06-6343-5109

プログラム

10:00~10:10 開会挨拶

10:10~12:10 会員発表 4題

12:10~13:10 休憩

13:10~16:00 特別講演
小川 洋一先生 (東京都開業)

テーマ：「顔貌の要素を咬合再構築に取り入れるための治療方針—日本顎咬合学会で教わったこと、日本顎咬合学会で伝えたいこと—」

16:00 閉会挨拶

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。

参加申込方法

- ・申込書にご記入のうえ、事務局までFAXにてお申込みください。
- ・参加人数集計の関係上、事前参加申込みは**10月27日(火)**迄にお願いいたします。
- ・参加費は大会開催の1週間前迄に下記口座へお振込みをお願いいたします。当日、現金でのご精算は受付の混雑が予想されます。ご協力をお願いいたします。

参加費振込先

りそな銀行 玉造支店(店番)419
普通 1971318
日本顎咬合学会 近畿支部 一般会計 支部長 鵜飼 誠

お問い合わせ

日本顎咬合学会近畿事務局 担当：山名
TEL **079-221-7225** (メディア・レフ内)
FAX **079-221-7226**
〒670-0952 兵庫県姫路市南条10-2 前田ビル3F

2015年度 近畿・中国・四国支部学術大会



AP 大阪駅前梅田 1 丁目

大阪府北区梅田 1 丁目 12 番 12 号
東京建物梅田ビル地下 1F・2F
(旧渡辺リクルートビル)

TEL.06-6343-5109

■交通アクセス

- JR「大阪駅」中央南口より徒歩約2分
- JR東西線「北新地駅」東改札口より徒歩約3分
- 地下鉄御堂筋線「梅田駅」南改札より徒歩約2分
- 地下鉄四つ橋線「西梅田駅」北改札より徒歩約3分
- 地下鉄谷町線「東梅田駅」中東改札・中西改札より徒歩約2分
- 阪急「梅田駅」2F中央改札口より徒歩約5分
- 阪神「梅田駅」東・西改札口より徒歩約2分

参加申込書

事前参加申込締切 **10月27日(火)**

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)		
参加費振込名義	振込手数料はご負担ください	

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)		
参加費振込名義	振込手数料はご負担ください	

お申込み先 **Fax.079-221-7226** ご記入のうえFAXでお申込みください。

お問合せ：日本顎咬合学会近畿事務局 山名 (メディア・レフ)
TEL 079-221-7225