

2016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協力いただき、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天野敦雄先生（大阪大学予防歯科学分野教授）をお招きしてご講演いただきます。また、午後には支部会員の先生5名に日頃の臨床の成果を発表していただきます。その他、初の試みとして小牧令二先生に講師をお願いして歯科衛生士対象のハンズオンも企画しております。

会員の皆様にとって有意義な1日となりますよう、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** 2016年12月4日(日) 10:00~16:30  
(9:30~受付)

**会場** ウィンクあいち  
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
  - 10:15~12:45 特別講演 **天野 敦雄 先生**  
(大阪大学大学院歯学研究科 口腔分子免疫制御学講座予防歯科学分野 教授)  
「21世紀のペリオドントロジー」
  - 12:45~14:00 昼 食 (\*昼食は各自でおとり下さい)
  - 14:00~16:30 **会員発表 5題**
  - 16:30 閉会

歯科衛生士向けハンズオン 14:00~16:30 於:1309号室  
詳細については裏面をご参照ください。(対象:認定歯科衛生士、定員15名)

<b>会費</b>	歯科医師(会員)	3,000円
	歯科医師(非会員)	5,000円
	歯科技工士, 歯科衛生士, 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。

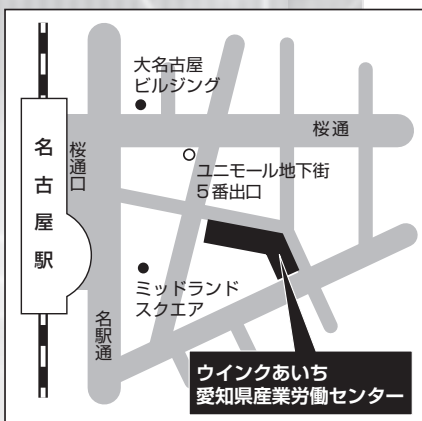
名古屋銀行 豊明支店 店番号 244 普通 3424249  
日本顎咬合学会中部支部 一般会計 支部長 三輪一雄

**参加申込先** FAX: 052-323-8011 TEL: 052-331-6480  
窓口: 山中康寛・山中歯科医院

**参加申込締切** 11月26日(土)

**会場アクセス** (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



会場地図

# 2016年度 中部支部学術大会

## 歯科衛生士対象 ハンズオン

歯科衛生士の皆さんが日常臨床で最も多用する機材に超音波スケーラーがあります。学生時代の基礎をもとに臨床経験を積み重ね使いこなしていることと思います。しかし、他の人と使い方が違ったり、臨床でふと疑問に感じたりすることがあってもそのままにいませんか。今回はマグネットタイプとピエゾタイプの違い、チップの選択、チップのフェイス、角度、パワー、動かし方などどう使用していくのかを、ハンズオンで実際に複数の機種を使用してご自身で確認していただきます。

**時間** 14:00～16:30

**テーマ** 「知っているようで知らない超音波スケーラー」

**講師** 小牧 令二先生(美江寺歯科医院)

**会場** ウィンクあいち 1309号室

**参加費** 無料

**対象** 認定歯科衛生士

(歯科医師1名の同伴可、ただし、機材は共用)

※定員に満たない場合は、会員歯科衛生士、会員歯科医師の診療所に勤務する歯科衛生士も可。  
(申込多数の場合は認定歯科衛生士を優先し、申し込み順、1医院1名とさせていただきます。)

※参加される方は当日下午記を持参してください。

**【持参物】**濃い鉛筆、白衣、タオル、マスク、防護メガネ、グローブ、拡大鏡(有れば)、歯石のついた抜去歯牙(薬液消毒など感染防止処置を行ってきてください)  
※使用機材:キャビトン(デンツプライ)、ピエゾン(松風)、スプラゾン(白水貿易)、エナック(オサダ)、グラニオス(ヨシダ、ナカニシOEM)

## 参加申込書

参加申込締切

2016年11月26日(土)

下記申込書にご記入の上、お申し込み下さい。  
複数参加の場合は1名ずつ用紙をコピーしてください。

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)	

### 歯科衛生士向けハンズオン

参加を希望する

※歯科医師の同伴について     ある (同伴者氏名 )  
 なし

お申込み先 **Fax.052-323-8011** にご記入のうえFAXでお申込みください。

お問合せ：日本顎咬合学会中部支部会計担当 山中康寛 (山中歯科医院)