

2019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

このたび中部支部長を拝命しました藤井元宏です。中部支部を学びの場として色々な地区の先生が思いを語り、老若男女関わらず切磋琢磨できるような支部にしていきたいと考えております。

今年度の支部学術大会はテーマを「デジタル vs アナログ」として、佐藤幸司先生と加藤尚則先生にご講演をしていただきます。また、今年度から歯周治療セッションを開催することとなり、福井秀和先生にスキャンナビアンアプローチについてご講演いただきます。歯科衛生士だけでなく、歯科医師の先生方にも楽しんでいただけたらと思います。

ぜひ、医院単位で会場に足を運んでいただきたく存じます。

中部支部長 藤井元宏  
プログラムチェアマン 藤野智之

テーマ

## これからの歯科技工と 歯周治療を考える!!

日時

2019年11月17日(日) 9:50~16:30 (9:30~受付)

会場

栄ガスビル (愛知県名古屋市中区栄 3-15-33)

咬合・補綴セッション: 栄ガスホール

歯周治療セッション: キングルーム

### プログラム

#### ■ 咬合・補綴セッション

#### デジタル VS アナログ 知恵とテクノロジーの融合

栄ガスホール

9:50~10:00 開会

10:00~12:00

特別講演 加藤 尚則 先生 (株式会社カスプデンタルサプライ/カナレテクニカルセンター)  
「補綴治療における審美的展開のためのコラボレーション」

※12:00~13:00 休憩・昼食

13:00~14:20

会員発表4題

※14:20~14:30 休憩

14:30~16:30

特別講演 佐藤 幸司 先生 (佐藤補綴研究室)  
「有床義歯の咬合と客観的な制作ガイドライン  
(アナログデンチャーとデジタルデンチャーの融合)」

16:30 閉会

#### ■ 歯周治療セッション

#### イエテボリから学ぶ エビデンスベースの歯周治療

キングルーム

9:50~10:00 開会

10:00~12:00

特別講演 福井 秀和 先生 (さつき歯科医院)  
「スキャンナビアンアプローチ  
~患者主体の歯周治療を考える~ (前編)」

※12:00~13:00 休憩・昼食

13:00~14:00

会員発表3題

14:00~14:15

総括

※14:15~14:30 休憩

14:30~16:00

特別講演 福井 秀和 先生 (さつき歯科医院)  
「スキャンナビアンアプローチ  
~患者主体の歯周治療を考える~ (後編)」

16:00 閉会

# 2019年度 中部支部学術大会

## 会費

歯科医師(会 員)	5,000円
歯科医師(非会員)	10,000円
歯科技工士, 歯科衛生士, その他	3,000円
準会員(学生・研修医)	無 料

※事前に申し込みされた方はお弁当付きです。

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 にて申し込みされた上、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

<お願い> 振込依頼人名は、お名前の前に必ず会員番号を入れてください。  
 (医院単位の場合は代表者の会員番号を入れてください。)  
 非会員の場合は医院名、個人名の順で入力してください。  
 例) 会員の場合 → 10000000 ニホンジロウ  
 非会員の場合 → アサヒシカ ニホンハナコ

## 参加申込先

FAX : 050-3398-5911 TEL : 052-471-3900  
 窓口 : 藤井元宏・藤井歯科医院畑江分院

## 参加申込締切

11月8日(金)



## 栄ガスビル

[アクセス] (松坂屋北館西隣連絡通路にて直結)

○地下鉄利用の場合

【東山線・名城線】

「栄」駅下車 西改札口より三越方面  
 サカエチカ6番出口 徒歩5分

【名城線】

「矢場町」駅下車 北改札口より6番出口 徒歩3分

○名古屋駅からのアクセス

【地下鉄東山線】

藤が丘行きに乗車4分、「栄」駅下車 徒歩5分

# 参加申込書

参加申込締切

2019年11月8日(金)

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	医院、所属名
		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)	

※事前に申し込みされた方はお弁当付きです。

お申込み先 **Fax.050-3398-5911** 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長 **藤井元宏** (藤井歯科医院 畑江分院)