

2019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

近畿・中国・四国支部会員の皆様には支部活動に際し、多くのご理解・ご協力を賜り誠に有難うございます。

第25回日本顎咬合学会近畿・中国・四国支部学術大会を11月4日(月・祝日)に大阪駅のAPホールにて「チーム医療の大切さ」を大会テーマとし開催いたします。

今年は大会テーマに沿って、若手登壇の支部選抜も含め、歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士の会員発表6題にてプログラムを構成いたしました。また、長谷川嘉昭先生、川崎律子先生の特別講演や、歯科衛生士対象の認定歯科衛生士の講演も行います。

歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士だけでなく、歯科医院に携わる歯科助手、受付、トリートメントコーディネーター、栄養士の方々にも非常に参考になる内容になりますので、是非院内一丸となつてご参加ください。

近畿・中国・四国支部長 久保 達也

日時

2019年11月4日(月・祝) 10:00~16:35 (9:30受付開始)

会場

AP大阪駅前梅田1丁目

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

テーマ

「チーム医療の大切さ」

プログラム

10:00~10:05 開会挨拶

10:05~12:30

[APホール] 会員発表6題

[Aルーム] 【歯科衛生士対象特別講演】

原野 晶代 先生 (なかやま歯科 歯科衛生士)

石川 華子 先生 (なかやま歯科 栄養士)

テーマ: 「高齢社会に挑む!

「健口」から始まるサクセスフルエイジング」

12:30~13:30 休憩

13:30~16:30

[APホール] 【特別講演】

長谷川 嘉昭 先生 (長谷川歯科医院 歯科医師)

川崎 律子 先生 (長谷川歯科医院 歯科衛生士)

テーマ: 「チームで実践する歯周治療

Team Approach for Periodontal Treatment」(前編)

※途中休憩あり

16:30~16:35

閉会挨拶

会費

会員歯科医師 _____ (事前申込み) 5,000円 (当日参加) 5,500円

非会員歯科医師 _____ (事前申込み) 9,000円 (当日参加) 9,500円

コ・デンタルスタッフ,その他 _____ (事前申込み) 2,500円 (当日参加) 3,000円

準会員 _____ (事前・当日共) 無料

※ 会員カードを忘れずにお持ちください。日本歯科医師会所属の先生は生涯研修登録ICカードをお持ちください。

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。

参加申込方法

下記のいずれかの方法でお申込みください。

① 近畿・中国・四国支部ホームページよりお申込みください。
(コンビニ決済、クレジット)

近畿・中国・四国支部ホームページ <http://kinki.shibu-ago.net/>

② 裏面の申込書にご記入の上、お申込みください。(コンビニ払いのみ)

※ コンビニ決済の場合は後日払込票を郵送いたします。

※ 当日参加登録も可能です。(当日は現金払いのみ)

事前参加申込締切

2019年10月16日(水)

参加費は10月23日(水)までにお支払いをお願いいたします。

※ 入金後はいかなる理由に関わらずご返金はいたしませんので予めご了承ください。

お問い合わせ

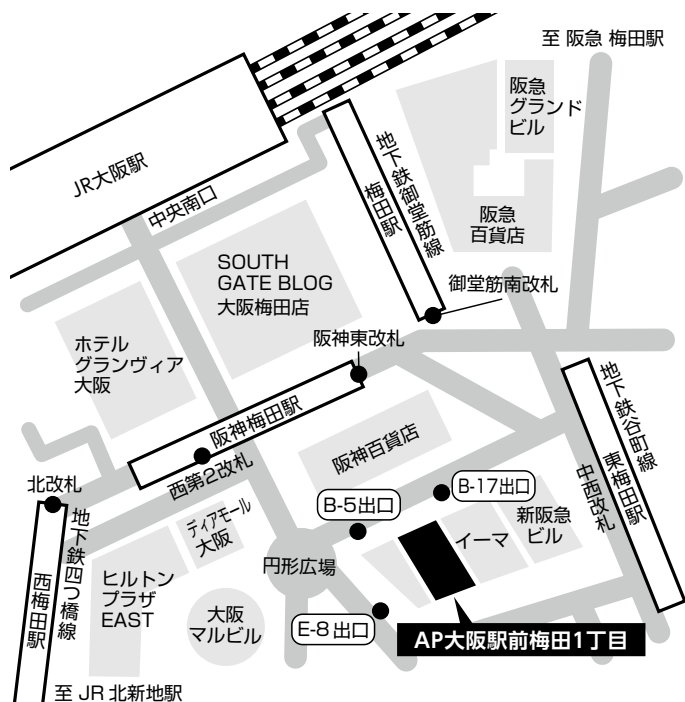
日本顎咬合学会近畿事務局 担当: 山名

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

2019年度 近畿・中国・四国支部学術大会



AP大阪駅前梅田1丁目 APホール・Aルーム

大阪市北区梅田1-12-12
東京建物梅田ビル地下1階・2階
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
- 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
- 阪急「梅田」駅東・西改札口より徒歩2分
- JR東西線「北新地駅」東改札口より徒歩約3分

事前参加登録はこちら

近畿・中国・四国支部ホームページ

<http://kinki.shibu-ago.net/>

事前参加申込締切

10月16日(水)

FAXからお申込みの場合は、下記申込書をご利用ください。

(複数参加の場合は1名ずつ用紙をコピーしてお申込みください)

※ご入金後は理由に関わらずご返金はいたしませんので予めご了承ください。

該当に☑を記入してください。

氏名	ふりがな	医院もしくは勤務先名
	送付先住所 〒	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	会員ID	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.079-221-7226**

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