

日本臨床歯周病学会
中部支部会員各位

平成 26 年 1 月 吉日

中部支部長 野原栄二
実行委員長 中野稔也

平成 25 年度 日本臨床歯周病学会 中部支部教育研修会・総会のご案内

拝啓

新春の候、先生方におかれましては、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。
さて、今年度の中部支部教育研修会のプログラムが決定しましたのでご報告致します。
本年 6 月 21・22 日の名古屋での年次大会では、イタリアから Dr. Maurizio Tonetti の
招聘が決定しておりますので、本会特別講演では、Tonetti 先生の今までの研究内容を深
く理解されている北島 一先生にご講演いただき、年次大会に備えたいと思います。
さらには年々話題となっております全身と歯周病を勉強するにあたり、どうしても避けて
は通れない免疫のお話があります。これに関しても菊池 毅講師（愛知学院歯学部）に
解りやすくご教授いただきます。是非とも年次大会と併せ、多数の先生方にご参加いた
だきますようお願い致します。

敬具

記

開催日時 平成 26 年 2 月 23 日 日曜日 9 : 30 より (9 : 10 受付開始)

会 場 栄ガスビル 5F 栄ガスホール
(名古屋市中区栄 3 丁目 15 番 33 TEL 052-732-3211)

内 容

- ・教育研修会 会員ケースプレゼンテーション 2 題
浜松市開業 竹内公生先生
まさき歯科勤務 歯科衛生士 寺本沙弥香先生
- ・教育講演 「どのようにして歯周組織破壊は起こるのか？」
-全身疾患の影響をふまえて-
講師：愛知学院大学歯学部 歯周病学講座講師
菊池 毅先生
- ・総会 (11 : 50 ~ 12 : 20)
- ・特別講演 「歯周組織再生療法 : From the past to the present」
講師：磐田市開業 北島 一先生

参加費 会員 無料

会員外	事前登録	当日参加
歯科医師	4000円	5000円
衛生士	2000円	3000円
技工士	2000円	3000円

問い合わせ先 〒516-0014 三重県伊勢市楠部町 458-1 (医) なかの歯科 中野稔也

E-mail : info@nakanoshika.com Fax : 0596-23-6482

※お問い合わせは極力メールにてお願い致します。

他支部の先生方、あるいは会員以外の先生方、コデンタルスタッフの参加も歓迎致しますので、お誘い合わせのうえ、是非、ご参加下さい。

* 近辺に昼食を取れる場所が多数有りますので、弁当のご用意はしてありません。

* 「日歯生涯研修カード」を受け付けますのでご持参下さい。

* 別紙の申し込み用紙にご記入の上お申込みください (e-mail も同形式で)。

* 懇親会のご出欠もお忘れのないようお願いいたします。

* 抄録・プログラムは、2月以降に当学会 HP にアップしますのでご覧ください。

なお、当日、受付にてご用意できる抄録・プログラムの数には限りがありますので、必要な方は、各自プリントアウトしてご持参いただきますようお願い致します。

懇親会

また、前日には、下記の通り、特別講演・教育講演の講師の先生方を交えて懇親会を企画しております。奮ってのご参加を心よりお待ちしております。

日時：2月22日(土曜日) 午後7時00分より

場所：ガーデンレストラン徳川園

名古屋市東区徳川町 1001 TEL 052-932-7887

<http://www.zetton.co.jp/shop/tokugawaen/>

会費：12,000円

事前登録方法

事前登録は平成 26 年 2 月 15 日（土）まで

☆学会会員と会員外の方で申し込み先が異なりますのでご注意ください。

正会員 会員の方は会員番号を必ず明記してください。

- 1) 会員番号（会員カードに書いてある ID 番号）
- 2) 会員氏名 _____
- 3) 懇親会 2 月 22 日（土曜日） ・ご出席 ・ご欠席
- 4) e-mail

準会員 準会員登録をされている方が対象となります。（学会HP入会案内を参照の事）

- 1) 準会員氏名 _____
- 2) 準会員 A ・ B いずれかを○で囲んで下さい。
- 3) 準会員 A の方のみ正会員氏名を記載して下さい。
正会員氏名 _____
- 4) 懇親会 2 月 22 日（土曜日） ・ご出席 ・ご欠席
- 5) e-mail

☆ 準会員の方は、学会本部に準会員登録が必要です。
登録されていない方は会員外の扱いになりますのでご了承ください。

* 当日、受付後、ネームプレートフォルダーに会員証を入れて着用していただきますので、学会会員の方は、必ず会員証を持参していただきますようお願いします。

学会会員専用申し込み先

E メールアドレス : jacp.chubu@gmail.com FAX 052-231-9919
(極力 E メールにての申し込みにご協力下さい。)

会員外歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士

- 1) 氏名
- 2) 所属歯科医院名（領収書宛名）
- 3) TEL
- 4) e-mail

☆ 領収書の宛名が所属歯科医院名と異なる場合は、必ず、領収書宛名 を併記いただきますようお願い致します。

学会会員外専用申し込み先

E メールアドレス：info@nakanoshika.com FAX 0596-23-6482
(極力 E メールにての申し込みにご協力下さい。)