

第45回教育研修会（2016年口腔四学会合同研修会）の案内 [第2報]

(公社)日本口腔外科学会
専門医制度研修カリキュラム委員会

委員長 近 藤 壽 郎
担当校 近 藤 壽 郎 (日本大学松戸歯学部)

第45回教育研修会を日本口腔外科学会、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本顎顔面インプラント学会による口腔四学会合同研修会として、下記のとおり実施することになりましたので、お知らせいたします。

また、本研修会は、日本がん治療認定医機構認定の教育のセミナーとして認められており、がん治療認定医資格申請時に必要な学術単位として3単位が認定されます。

記

日 時：2016年2月27日(土) 13:00～17:30
2月28日(日) 9:00～15:30

会 場：鶴見大学記念館 記念ホール
〒230-8501 神奈川県横浜市鶴見区鶴見2-1-3

受講者数：280名(予定)

主 題：口腔癌の診断と治療－上顎歯肉癌を中心に－

講 師：

■ 2月27日(土) 12:00 受付開始予定

「口腔扁平上皮癌を含めたがん幹細胞について基礎からトレンドまで」	慶應義塾大学医学部	佐谷 秀行 先生
「口腔癌の分子病理」	北海道大学口腔病理病態学分野	進藤 正信 先生
「上顎悪性腫瘍の画像診断」	大阪大学歯科放射線学教室	村上 秀明 先生
「上顎歯肉癌の診断と治療」	東京歯科大学	野村 武史 先生

■ 2月28日(日) 8:30 受付開始予定

「上顎癌の外科的治療」	がん研有明病院頭頸科	米川 博之 先生
「口腔癌に対する選択的頸部郭清術」	東京医科歯科大学	原田 浩之 先生
「上顎歯肉癌の化学放射線療法」	横浜市立大学	光藤 健司 先生
「機能的上顎再建－インプラントと顎補綴を含めて－」	佐賀大学	山下 佳雄 先生
「共催(ランチョン)セミナー」	京都大学医学部附属病院がんセンター	林 智誠 先生

世 話 人：金田 隆 理事長 (日本歯科放射線学会)
仙波伊知郎 理事長 (日本臨床口腔病理学会)
瀬戸 暁一 理事長 (日本顎顔面インプラント学会)
近藤 壽郎 教 授 (日本大学松戸歯学部)

受講資格：日本口腔外科学会、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本顎顔面インプラント学会いずれかの会員に限ります。

※口腔外科学会会員の方は必ず会員証をお持ちください。

認定単位：本研修会は、日本口腔外科学会専門医等の申請要件および資格更新の単位付与の対象研修となっております。受講修了証書は全ての講演を受講された方に対し、研修会終了後に交付いたします。遅刻・早退により一部受講されなかった場合は修了証を交付いたしませんのであらかじめご承知おき願います。

なお、本研修会は、日本がん治療認定医機構認定の教育のセミナーとして認められており、がん治療認定医資格申請時に必要な学術単位として3単位が認定されます。(第45回、第46回両方受講した場合でも、認定単位は3単位のみです。)

また、日本歯科医師会の生涯研修として、受講研修9単位、および特別研修10単位の評価が認定されます。

受講料：15,000円

納付された受講料は原則としてお返しいたしません。ただし受講者の交替は2月3日（水）までに届出をした場合に限り受付いたします。

※2日目の昼食は、こちらで用意いたします。

申込方法：受講料を郵便局備え付けの払込票にて下記口座へお振り込みください。お振り込み後に受け取る「払込票兼領収証」、「ご利用明細票」等を受講申込書の右端に貼付し、必要事項を記入のうえ、FAXで学会事務局あてお申し込みください。1週間以内に「お申込手続き完了のお知らせ」をFAXにてお送りいたしますので、FAX番号を忘れずにご記入ください。過去にお申込書のFAXが届かない例がありました。1週間以上たっても「完了のお知らせ」が届かない場合は学会事務局（TEL 03-5791-1791）あてにお電話ください。なお、「払込票兼領収証」等をもって領収証にかえさせていただきます。

受講料の振込先：

郵便振替口座 00170-6-407747

加入者名 (公社)日本口腔外科学会 研修会

申込期間：2015年10月23日（金）～2016年1月28日（木）正午まで

（申込期間内であっても定員に達し、受講できない場合がございます。また、定員に満たない場合は申込み期間を延長する場合がございます。）本研修会は、同様の内容で**第2回**として、**2016年7月23日（土）・7月24日（日）**に京都大学百周年時計台記念館で開催する予定となっています。

申込書の送信先：

日本口腔外科学会事務局「教育研修会」係

FAX：03-5791-1792

..... キリトリ線

第45回教育研修会（2016年口腔四学会合同研修会）受講申込書

フリガナ			
受講者氏名			
所属施設名称	（受講票に記載しますので講座名・診療科まで記入願います）		
所属施設住所*	〒		
会員番号	所属学会を チェックし てください	<input type="checkbox"/> 日本口腔外科学会 <input type="checkbox"/> 日本歯科放射線学会 <input type="checkbox"/> 日本臨床口腔病理学会 <input type="checkbox"/> 日本顎顔面インプラント学会	
連絡先電話番号	—	—	（内線）
FAX番号	—	—	

ここに
「払込票兼領収書」
を貼ってください

*あらかじめテキストをお送りいたしますので、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本顎顔面インプラント学会会員の方は所属施設住所欄をご記入願います。日本口腔外科学会会員の方は学会雑誌送付先にお送りいたしますので、住所欄の記載は不要です。