

第48回教育研修会（2017年口腔四学会合同研修会）の案内

（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 森 田 章 介

担当校 古 森 孝 英（神戸大学）

第48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。

「会員証」による受付と専門医制度の単位登録確認システムが本格的に導入されています。受付にて会員証を提示し受付をしていただきますので、必ずご持参くださいますようお願いいたします。

記

日 時：2017年7月22日（土）13：00～17：30（予定）

7月23日（日）9：00～15：20（予定）

会 場：神戸大学先端融合研究環 統合研究拠点コンベンションホール

〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町7丁目1-48

ポートライナー「京コンピュータ前」駅より徒歩1分

受講者数：190名（予定）

主 題：口腔外科領域における「感染症」の診断と治療

講 師：

■ 7月22日（土）12：00 受付開始予定

「口腔外科領域における感染症の病理」

徳島大学口腔分子病態学分野 石丸 直澄 先生

「口腔外科領域における周術期抗菌薬投与の原則と実際」

東海大学医学部附属八王子病院 坂本 春生 先生

「菌性感染症の画像診断」

愛知学院大学歯科放射線学講座 泉 雅浩 先生

「副鼻腔炎の治療」

東京大学医学部耳鼻咽喉科学 近藤 健二 先生

■ 7月23日（日）8：30 受付開始予定

「グローバル化時代の感染症」

大阪医科大学感染症対策室 総合内科 浮村 聡 先生

「顎口腔領域の重症感染症への対応」

神戸大学 古土井春吾 先生

「BRONJと慢性顎骨骨髓炎」

北斗病院 牧野修治郎 先生

「インプラントに関連する感染症」

明海大学 嶋田 淳 先生

「骨粗鬆症の基礎と臨床」

慶應義塾大学医学部 整形外科教室 宮本 健史 先生

※共催（ランチョンセミナー）

世 話 人：浅海 淳一 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）

古森 孝英 教 授（神戸大学）

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。

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います。遅刻・早退により一部受講されなかった場合や講演開始時と終了時に受付機による登録をされなかった場合は修了証書の交付及び専門医制度の単位付与をいたしませんのでご了承ください。

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 7 月 4 日（火）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：2017 年 4 月 25 日（火）～ 2017 年 6 月 29 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。）

第 49 回教育研修会は、2018 年 3 月 17 日（土）・18 日（日）に東京医科歯科大学 M&D タワー 鈴木章夫記念講堂で「高齢者、有病者の口腔外科診療を考える」を主題として開催する予定です。

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 48 回教育研修会（2017 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	☐ 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	
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。