

第34回教育研修会(2010年口腔四学会合同研修会)の訂正・変更について

(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 朝 波 惣一郎

担 当 森 田 章 介 (大阪歯科大)

第34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, 日本口腔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。

なお, 教育研修会の開始・終了時刻に一部変更がありましたのでご注意ください。

記

日 時: 2010年8月7日(土) 12:00~17:40

8月8日(日) 9:00~15:50

会 場: 大阪歯科大学 楠葉学舎講堂

〒573-1121 大阪府枚方市楠葉花園町8-1

TEL 072(864)3111(代表)

主 題: 「唾液腺疾患 —その基礎と臨床まで—」

8月7日(土) 10:45受付開始 12:00~17:40

1. 唾液腺疾患の画像診断 福岡歯科大学 診断・全身管理学講座 湯浅 賢治 教授
2. 唾液腺腫瘍の病理学的分類(WHO・2005年) 広島大学病院 口腔検査センター 小川 郁子 診療准教授
3. 唾液腺の解剖・組織からHSPまで 明海大学歯学部 形態機能育成学講座 天野 修 教授
4. 唾液腺の生理学と生化学 日本大学生物資源科学部 獣医生化学研究室 杉谷 博士 教授
5. 唾液腺の非腫瘍性疾患の治療 九州歯科大学 口腔顎顔面外科学講座 富永 和宏 教授

8月8日(日) 9:00~15:50

6. 唾液腺腫瘍の治療 愛知学院大学歯学部 顎顔面外科学講座 下郷 和雄 教授
7. 唾液腺悪性腫瘍の放射線療法 大阪大学大学院歯学研究科 口腔分化発育情報学講座 村上秀明 准教授
8. 唾液腺腫瘍の外科療法 日本大学歯学部 口腔外科学教室第2講座 米原 啓之 教授
9. なぜ, 唾液分泌量の低下を治療する必要があるのか? 国立病院機構栃木病院 歯科・歯科口腔外科・小児科 岩淵 博史 医長
10. Sjögren 症候群と自己免疫疾患 慶應義塾大学医学部 内科学教室(リウマチ内科) 竹内 勤 教授
11. Sjögren 症候群の病理 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 分子口腔医学講座 林 良夫 教授

世話人: 有地榮一郎 理事長(日本歯科放射線学会)

高田 隆 理事長(日本臨床口腔病理学会)

瀬戸 暁一 理事長(日本口腔顎顔面インプラント学会)

森田 章介 教授(大阪歯科大学 口腔外科学第1講座)

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, 日本口腔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。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をお願いします。

なお、日本歯科医師会の生涯研修として、11単位の評価が認定されます。

受講料：18,000円（昼食代を含みます。）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16日（金）までに届出をした場合に限り受付いたします。

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」を受講申込書の右端に添付し、所要事項を記入のうえ、FAXにて学会事務局あてお申送ください。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ので、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)あてお電話ください。なお、「払込票兼領収証」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 (社)日本口腔外科学会 研修会

申込期間：2010年4月30日（金）～2010年7月16日（金）
（申込期間内であっても定員400名に達した時点で申込を締め切らせていただきますのでお早めにお申送ください。）

申込書の送信先：(社)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34回教育研修会（2010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 | （受講票に記載いたしますので講座名・診療科名まで記入願います） | | |
| 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。