

# 第49回（公社）日本口腔外科学会 中国四国支部学術集会のご案内

第49回（公社）日本口腔外科学会 中国四国支部学術集会  
会長 山本 哲也

第49回（公社）日本口腔外科学会 中国四国支部学術集会を下記の要領で開催致します。  
多数の演題発表とご参加を頂きますようご案内申し上げます。

## 記

- 日 時**：2020年（令和2年）5月22日（金） 18：00～ 特別講演  
19：00～ 会員懇親会（懇親会費5,000円）  
2020年（令和2年）5月23日（土） 9：10～ 学術集会（一般演題，その他未定）  
16：00～ 歯科臨床医リフレッシュセミナー
- 会 場**：2020年（令和2年）5月22日（金）：「ザ クラウンパレス新阪急高知」  
〒780-8561 高知県高知市本町4-2-50  
TEL：088-873-1111 FAX：088-873-1145  
2020年（令和2年）5月23日（土）：「オーテピア」4階 ホール  
〒780-0842 高知県高知市追手筋2-1-1  
TEL：088-823-4946 FAX：088-823-9352
- 参 加 費**：医師・歯科医師・歯科衛生士・その他；3,000円，医学部・歯学部学生；無料（いずれも当日受付にて徴収させていただきます）。なお，本学会員の方は「会員証」により受付を致しますので，必ず「会員証」をご持参ください。

## 演題募集要項

### 1. 申し込み方法：

演題名，所属，発表者（演者に○），前抄録（400字以内，フォント：MS明朝10.5），連絡先（郵便番号，住所，電話番号，FAX番号，E-mailアドレス），口腔外科学研究の利益相反（COI）自己申告書（様式1）を記載したファイル（MS Word 2016）を添付して，E-mailにて下記事務局アドレスまでお送りください。申し込まれた方には受領確認メールを返信いたします。受領確認メールが届かない場合は，下記までお問い合わせください。

### 2. 演題募集期間：2020年（令和2年）4月1日（水）～4月30日（木）12：00

### 3. 発表形式：発表はPCプロジェクター（Windows，Microsoft PowerPoint 2016）による単写での口演形式に限らせていただきます。なお，口演発表時間6分，質疑応答時間3分を予定しております。発表データはCD-RまたはUSBフラッシュメモリーにて，当日会場までお持ちください。

### 4. 利益相反（COI）の開示：

（公社）日本口腔外科学会口腔外科研究の利益相反（COI）開示に関する指針等により，COIの開示が求められていますので，（1）演題申込時に，「口腔外科研究の利益相反（COI）自己申告書」（様式1）による開示，（2）口演発表時に，「口腔外科研究の利益相反（COI）自己申告書」（様式2）による開示をお願いします。なお，詳細については本学会HPの「諸規則」→「口腔外科研究の利益相反（COI）に関する指針」をご参照ください。

## 問い合わせ先：第49回（公社）日本口腔外科学会 中国四国支部学術集会 事務局

準備委員長：笹部 衣里

〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮185-1 高知大学医学部歯科口腔外科学講座内

TEL：088-880-2422 FAX：088-880-2424

E-mail：im40@kochi-u.ac.jp

# (公社) 日本口腔外科学会主催 歯科臨床医リフレッシュセミナー開催のご案内

第49回(公社)日本口腔外科学会 中国四国支部学術集会に引き続いて、下記の要領で一般歯科臨床医・歯科口腔外科標榜医および本学会会員に対する歯科臨床医リフレッシュセミナーを開催致します。多数のご参加を頂きますようご案内申し上げます。

## 記

日 時：2020年(令和2年)5月23日(土) 16:00～

会 場：「オーテピア」4階 ホール  
〒780-0842 高知県高知市追手筋2-1-1  
TEL：088-823-4946 FAX：088-823-9352

対 象：一般歯科臨床医・歯科口腔外科標榜医および本学会会員

内 容：「南海トラフ地震において期待される医科と歯科の連携」

講 師：高知大学医学部 災害・救急医療学講座 教授 西山 謹吾 先生

受 講 料：3,000円

申 込 方 法：当日受付にて受講料3,000円をお支払ください。  
本学会会員の方は「会員証」で受付しますので、「会員証」を必ずご持参ください。  
会員以外の方は受付にて申込用紙にご記入の上、受講料をお支払ください。

### 専門医制度の単位登録：

会員はセミナー終了後も「会員証」にてご登録ください。  
遅刻・早退者には単位は付与されませんので、ご注意ください。  
「会員証」での読み込み完了時にプリントアウトされるシートは、会員専用ページ「MyWeb」で単位登録を確認するまで保管しておいてください。

修 了 証：本学会会員の方には毎月雑誌をお送りしている宛先に送付いたします。  
会員以外の方には、受講申し込み書に記載された住所にお送りします。

問 合 せ 先：第49回(公社)日本口腔外科学会 中国四国支部学術集会 事務局  
準備委員長：笹部 衣里  
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮185-1  
高知大学医学部歯科口腔外科学講座内  
TEL：088-880-2422  
FAX：088-880-2424  
E-mail：im40@kochi-u.ac.jp