

# 第51回教育研修会（2019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 濱田良樹 (鶴見大学)

第51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：2019年3月9日(土) 13:00～17:40 (予定)  
3月10日(日) 9:10～15:30 (予定)

会 場：鶴見大学会館 B1F メインホール  
〒230-0062 神奈川県横浜市鶴見区豊岡町3-18

受講者数：200名

主 題：口腔顎顔面外傷の診断と治療

講 師：

### ■ 3月9日(土) 12:40 受付開始予定

「(仮) 口腔顎顔面外傷の画像診断」	日本歯科大学新潟生命歯学部歯科放射線学講座	小椋 一朗 先生
「(仮) 創傷治癒」	九州大学大学院歯学研究院口腔病理学研究分野	清島 保 先生
「(仮) 歯の外傷の診断と治療」	新百合丘総合病院	喜久田利弘 先生
「(仮) 関節突起骨折の診断と治療」	鶴見大学歯学部	濱田 良樹 先生

### ■ 3月10日(日) 8:40 受付開始予定

「(仮) 中顔面骨折の診断と治療」	杏林大学医学部 形成外科学教室	尾崎 峰 先生
「(仮) 口腔顎顔面外傷時の全身的合併症と救急対応」	神戸大学大学院医学研究科 外科学系講座 災害・救急医学分野	小谷 譲治 先生
「口腔顎顔面骨折の治療合併症とその防止策」	名古屋第一赤十字病院	大岩伊知郎 先生
「(仮) 口腔顎顔面外傷に対するインプラント治療」	明海大学	嶋田 淳 先生
「(仮) 骨折治療の基本手技および下顎骨骨折の診断と治療」	島根大学医学部	菅野 貴浩 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)  
前田 初彦 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)  
濱田 良樹 教 授 (鶴見大学)

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2月14日（木）までに届出をした場合に限り受付いたします。

※ 共催（ランチョン）セミナーの昼食は、企業からの協賛金により用意します。

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 シャ) 日本口腔外科学会 研修会
- ゆうちょ銀行 〇一九（ゼロイチキュウ）店 当座0407747  
口座名義 シャ) 日本口腔外科学会 研修会

申込期間：2018年10月25日（木）～2019年2月7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。）

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

その他：自然災害などで開催に変更等生じる場合、学会HPでお知らせいたしますので、ご確認ください。

..... キリトリ線 .....

### 第51回教育研修会（2019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。