第34回公益社団法人

日本口腔インプラント学会

中部支部総会・学術大会

開催趣意書

協賛・企業展示・広告など御協力のお願い

第34回公益社団法人日本口腔インプラント学会

中部支部総会・学術大会

大会長　田邊　俊一郎

1. 本大会は、『第34回公益社団法人日本口腔インプラント学会　中部支部総会・学術大会』と称する。
2. 本大会は、世界の口腔インプラント学の目覚しい発展状況に鑑み，我が国の口腔インプラント学の振興・向上を推進する必要性や，歯科医療界へ予知性，安全性の高いインプラント治療技術を導入すべきことを目的として1986年に「日本口腔インプラント学会」が発足した。この学会の中部支部会として1980年より１年に１回の総会・学術大会を開催してきている。平成25年に第34回の総会・学術大会を開催することを目的とする。
3. 日本口腔インプラント学会中部支部会員数

歯科医師　1,193名、　歯科衛生士　139名、　歯科技工士　56人、

その他　15人、　計（正会員）1,403名（平成25年2月14日現在）である。

1. 日本口腔インプラント学会中部支部

支部長：堀田康記

1. 本大会は平成24年7月28日、公益社団法人日本口腔インプラント学会中部支部評議員会にて発足が決定された。
2. 本大会役員

　大会長：田邊俊一郎

　　　　朝日大学歯学部口腔病態医療学講座インプラント学分野准教授

　実行委員長：近藤雄三

　　　朝日大学歯学部口腔病態医療学講座インプラント学分野

1. 本大会は事務局を下記に置く。

〒501-0296　岐阜県瑞穂市穂積1851

朝日大学歯学部　口腔病態医療学講座　インプラント学分野　内

TEL & FAX 058-329-1469

1. 本大会開催日時・場所

日時：平成25年11月16日　土曜日、11月17日　日曜日

場所：じゅうろくプラザ（JR岐阜駅北口前）

9.学術大会計画の概要

　１）プログラム（予定）

　（１）特別講演：日本レーザー歯学会　理事　山本敦彦先生

　　タイトル：『インプラント周囲炎に対するEr:yag レーザーの応用』（仮題）

　（２）教育講演：UCLA歯学部　ワイントロープセンター、

　　　　　　　　先端補綴・生体材料学講座　教授 小川隆広先生

　タイトル：『すべては光機能化へ。デンタルインプラントから再生医療まで』

　（３）専門医教育講座：日本大学歯学部歯科麻酔学 准教授 見崎徹先生

　（４）専門歯科衛生士教育講座：堀川歯科診療所　堀川正先生

　（５）専門歯科技工士教育講座：

　　　　　　　オリオンクリエイディブデンタルラボラトリー　堀尾浩彦先生

　（６）市民公開講座：朝日大学歯学部口腔病態医療学講座

　　　　　　　　　　　インプラント学分野　教授　永原國央先生

　　　　　　　　　　　タイトル：『インプラント治療の真実』

　（７）一般口演

　（８）ランチョンセミナー

　（９）ハンズオンセミナー

　（10）企業展示

　２）参加対象者

　　　歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、その他歯科医療関係者

　３）参加予定人数

歯科医師　300人、コ・デンタル　100人

　協賛募集要項

**1.　会場展示広告（約50社予定）１ブース ６万円（何ブースでも可）**

**2.　抄録掲載広告（Ａ４版） １ページ ５万円、1/2ページ ３万円**

**3.　協　　賛　　　　　　　　　 １口　 ２万円**

**4.　ランチョンセミナー　　　　　参加者への弁当代**

**→要検討（及び使用機材実費、協賛金、会場費）**

**5.ハンズオンセミナー　→要検討（及び使用機材実費、協賛金、会場費）**

※上記４．５．に付きましては、展示広告抄録掲載広告、協賛をお願い致します。

* 会場展示は11月17日（日）のみ　［11月16日は準備の日］

募集締切日　　　平成25年７月１日（水）頃予定

【お申込み・問合わせ先】

　別紙申込み用紙にご記入の上、下記宛に**FAX**により送付願います。

公益社団法人日本口腔インプラント学会第34回中部支部総会・学術大会

　　　　　　　　実行委員長　近藤雄三

　　　　　　　〒502-0296　岐阜県瑞穂市穂積1851

　　　　　　　朝日大学歯学部口腔病態医療学講座インプラント学分野

TEL・FAX 　**058-329-1469**

　　　　　　　E-mail: [yuzo77@dent.asahi-u.ac.jp](mailto:yuzo77@dent.asahi-u.ac.jp)

申込み用紙

FAX: 058-329-1469

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第34回公益社団法人日本口腔インプラント学会　中部支部総会・学術大会 | | | | | | | | |
| 貴社名 | | |  | | | | | |
| ご担当部署 | | |  | | | ご担当者氏名 | |  |
| 連絡先住所 | | | 〒 | | | | | |
| TEL |  | | | | | FAX |  | |
| E-Mail | |  | | | | | | |
| □会場展示広告 | | | | （　　　　　）ブース | | | | |
| □抄録掲載広告 | | | | （　　　　　）ページ | | | | |
| □協　賛 | | | | （　　　　　）口 | | | | |
| □ランチョンセミナー | | | | □希望　　　　　　□希望しない | | | | |
| □ハンズオンセミナー | | | | □希望　　　　　　□希望しない | | | | |
| その他（上記以外の内容で協力いただけることがございましたらご記入下さい。例：コングレスバックの提供、飲み物の提供など） | | | | |  | | | |

＊□に✓印して下さい。

＊（　　）には数字を記入下さい。