



九州歯科大学同窓会主催

令和4年度 学術講演会

ライブ講演 オンライン講演 併催

メインテーマ「再生療法の最前線」

Planner



長期症例から学ぶ
再生療法の将来展望

福岡市開業 船越 栄次 先生

Symposiast

歯肉退縮はどのように対応
—根面被覆術の していますか?
基本と応用—

福岡市開業 木村 英隆 先生



Symposiast

次世代型コンポジット骨補填材を
用いた骨再生 —in situ Tissue Engineeringと
nano-Drug Delivery System—

福岡市開業 山下 素史 先生



Symposiast

歯周組織再生療法における
基礎と応用 —最新の材料と科学的根拠—

UCLA歯周病科ディレクター 濱田 佑輔 先生



日時 令和5年4月2日(日)

9:45~16:00 (9:00受付開始)

会場 福岡県歯科医師会館5階大ホール

〒810-0041 福岡市中央区大名1丁目12番43号

TEL:092-771-3531

会費 歯科医師 / 10,000円 コ・デンタルスタッフ / 5,000円
学生会員 / 無料 ※事前申込のみ、当日申込はございません

【ライブ講演】

ライブ参加は
昼食付

定員100名(先着順)

【オンライン講演】

定員なし / Zoom Webinarにて

★後日オンデマンド配信あり

申込方法は裏面をご覧ください。

● 申込に際しての注意 ●

新型コロナウイルス感染予防のためライブ講演参加定員を100名としています。入金確定順で定員になり次第締め切りますので、ご注意ください。(ライブ講演は今後の状況により、中止になる場合があります)



● 申し込み方法 ●

申込欄に必要事項をご記入の上、ファックスをお送り下さい。また九州歯科大学同窓会ホームページからも申込ができます。ホームページにアクセスし、必要事項を入力後、送信下さい。いずれの方法も受講料の振込をもちまして正式な申込とさせていただきます。尚、振込手数料はご負担いただきますようお願い致します。入金後の返金には応じかねますので、予めご了承下さい。

【ライブ講演の場合】…入金確認後にハガキにて受講票をお送り致します。後日オンデマンド配信希望の場合はメールアドレスをご記入下さい。

【オンライン講演の場合】…Zoomウェビナーを使用しますので、入金確認後にメールにて詳しい受講方法をお知らせ致します。

申込欄のアドレスおよびフリガナを必ず記入してください。

九州歯科大学同窓会学術講演会申し込み欄

参 加 者 氏 名	
氏名	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> ライブ講演希望 <input type="checkbox"/> オンライン講演希望 フリガナ E-mail:
氏名	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> ライブ講演希望 <input type="checkbox"/> オンライン講演希望 フリガナ E-mail:
氏名	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> ライブ講演希望 <input type="checkbox"/> オンライン講演希望 フリガナ E-mail:
氏名	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> コ・デンタルスタッフ <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> ライブ講演希望 <input type="checkbox"/> オンライン講演希望 フリガナ E-mail:
ふりがな	専門・県立・大学 () 期 大学 年卒
※ 申込者氏名	
連絡先	〒 TEL () FAX ()
参加人数	会費 歯科医師 10,000 円 () 名 コ・デンタルスタッフ 5,000 円 () 名
※ 振込名義	カタカナでご記入下さい。
振込金額	※振込手数料はご負担下さい。 合計 円

※受講者氏名もしくは団体名・医院名等、振込名義を必ずご記入下さい。

- 振込先：西日本シティ銀行 室町支店 普通口座 0603301
名義：九州歯科大学同窓会学術部 代表者 片山幹夫 (カタヤマミキオ)
- 申込締切：令和5年3月25日(土) 必着
- 宛先：〒803-8580 北九州市小倉北区真鶴2丁目6番1号
九州歯科大学同窓会事務局 TEL：093-561-5077 FAX：093-592-3632
E-mail：kdu-jimu@kyushi-doso.jp

ホームページ <http://kyushi-doso.jp> 九歯大同窓会 検索



FAX 093-592-3632

