

福岡口腔インプラント研究会・福岡歯科大学口腔インプラント学分野  
日本口腔インプラント学会 北九州支部会予演会  
並びに平成29年度 第5回症例検討会のご案内

福岡口腔インプラント研究会 会長 松浦 正朗  
施設長 大森 桂二

拝啓

先生におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。  
さて、下記の内容で1月に学会予演会・2月に症例検討会を開催致します。お手数ですが  
出欠通知に必要事項をご記入のうえ、平成29年12月29日(金)までにFAXにてご返  
信頂きますようお願い申し上げます。当日参加も受け付けておりますので多くの先生の参  
加をお待ちしております。

敬具

記

日本口腔インプラント学会 北九州支部会予演会

日 時： 平成30年1月14日(日) 9:30~12:00  
会 場： 福岡歯科大学口腔医療センター(博多駅前 博多口)  
参加費： 会員 3,000円 会員外 4,000円 衛生士会員 1,000円  
(当日徴収 です。お釣りのないようご協力下さい)

プログラム

- 9:00~ 開場・受付開始
- 9:30~10:00 学会発表予演会  
埋入した歯科インプラントを用いて限局矯正後上部構造を制作した1症例  
はった歯科・小児歯科 八田 知之先生
- 10:00~10:30 学会発表予演会  
口腔内写真における直接撮影とミラーを用いた撮影方の情報量の比較検討  
清野歯科医院 清野 政孝先生
- 10:30~11:00 学会ケースプレゼンテーション  
下顎右側第二大臼歯欠損に対しインプラント補綴を行った1症例  
原田歯科医院 原田 博文
- 11:10~12:00 福岡口腔インプラント研究会 倫理委員会についての説明  
~学会発表及び論文投稿時の医療倫理審査の受け方~  
福岡口腔インプラント研究会 施設長 大森 桂二先生

※ 開始時間及び終了時間、プログラム詳細は多少変更になる場合がございますがご了承ください。

❖会場 福岡口腔医療センター

〒福岡市博多区博多駅前 3-2-1 日本生命博多駅前ビル 1F  
Tel 092-406-1050

❖当日連絡先 みやき歯科クリニック 林 秀樹 090-7389-9901

# 平成29年度 第5回症例検討会

日時：平成30年2月18日（日）9:30～13:00  
会場：福岡歯科大学口腔医療センター（博多駅前 博多口）  
参加費：会員 3,000円 会員外 4,000円 衛生士会員 1,000円  
（当日徴収です。お釣りのないようご協力下さい）

## プログラム

- 9:00～ 開場・受付開始
- 9:30～10:30 講師講演  
歯科治療に影響を及ぼす精神疾患  
福岡歯科大学口腔医療センター 古賀 千尋先生
- 10:40～11:10 学会ケースプレゼンテーション  
上顎小臼歯欠損に対しインプラント治療を行った1症例  
ひさいし歯科 矯正歯科 久石 正明先生
- 11:15～11:45 症例発表  
インプラントオーバーデンチャーの臨床～ロケーターとマグネットの比較  
こつば歯科医院 小坪 義博先生
- 11:55～12:55 特別講演  
福岡口腔インプラント研究会 倫理委員会設立にあたって  
福岡歯科大学 医療人間学講座 医療倫理学分野 永嶋 哲也教授

※ 開始時間及び終了時間、プログラム詳細は多少変更になる場合がございますがご了承ください。

❖会場 福岡口腔医療センター

〒福岡市博多区博多駅前 3-2-1 日本生命博多駅前ビル 1F

Tel092-406-1050

❖当日連絡先 みやき歯科クリニック 林 秀樹 090-7389-9901

福岡口腔インプラント研究会・福岡歯科大学口腔インプラント学分野  
日本口腔インプラント学会北九州支部会予演会出欠通知

1月14日（日） [ 出席する ・ 欠席する ]  
どちらかに○をお願いいたします。

福岡口腔インプラント研究会・福岡歯科大学口腔インプラント学分野  
平成29年度 第5回症例検討会出欠通知

2月18日（日） [ 出席する ・ 欠席する ]  
どちらかに○をお願いいたします。

ご氏名 : \_\_\_\_\_

勤務先 : \_\_\_\_\_

勤務先住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

\*以下も合わせてご記入下さい。

✽2018年度（平成30年度） 症例検討会・抄読会日程（予定）  
2018年 4/15 6/24 8/19 12/2 2019年 1/6 2/17

✽平成30年度4月15日、第1回症例検討会において  
一般症例発表を

【 希望します ・ 希望しません 】

学会ケースプレ発表を

【 希望します ・ 希望しません 】

✽演題 【 \_\_\_\_\_ 】

✽他のご希望日 一般症例発表 ・ ケースプレゼンテーション  
【 \_\_\_\_\_ 】

✽業者発表にて希望する業者があれば、ご記入下さい

【 \_\_\_\_\_ 】

返信先：FIRA事務局／ばば歯科クリニック（事務担当：富岡）  
症例検討会お問い合わせ先：みやき歯科クリニック 林 秀樹 090-7389-9901

返信 Fax 先 092-852-3423