



東京都女性歯科医師の会 平成28年度 秋の学術講演会・懇親会のご案内

秋の訪れが待ち遠しい今日この頃、今年も会員の皆様にとって実りの多いものとなるような学術講演会を企画いたしました。今回は「日々の診療を臨床と基礎から見つめ直してみましよう」というコンセプトで東京歯科大学の教授お二人をお招きします。超高齢社会となった今、総義歯診療を通して患者さんの「女神」となるチャンス到来です！この講演会が皆様の日常臨床向上の一助になることを確信しております。

また、この秋は素敵な女神への変身を遂げるにふさわしい、あのシャングリ・ラ ホテル 東京での開催となりました。参加者のおひとりおひとりがさらに輝く瞬間が持てますよう、心よりお待ちしております。

ご家族、ご友人をお誘い合わせの上、奮ってご参加下さいますようご案内申し上げます。



日時 平成28年11月6日(日)
講演会 10:00～12:30 (9:30より受付)
懇親会 13:00～15:00

場所 シャングリ・ラ ホテル 東京
Tel 03-6739-7888
〒100-8283 東京都千代田区丸の内1-8-3 丸の内トラストタワー本館 (JR 東京駅 日本橋口より 徒歩1分)
※託児所あり (事前要予約・会員利用無料) 同封ハガキにてお申し込みください。

会費 講演会：会員および家族、スタッフ 3,000円
非会員 4,000円
学生・研修医 無料
懇親会：一律6,000円 (ただし乳幼児無料、小学生半額)



講演会
10:00～

総義歯診療の女神に近づく第一歩 — 印象採得を知る —



東京歯科大学 老年歯科補綴学講座
教授・講座主任

櫻井 薫 先生

1978年 東京歯科大学卒業
1982年 東京歯科大学大学院修了 (歯学博士)
1982年 東京歯科大学歯科補綴学第一講座講師
1984年 米国タフツ大学歯学部留学
1993年 東京歯科大学歯科補綴学第一講座助教授
1997年 東京歯科大学歯科補綴学第一講座主任教授
2015年 東京歯科大学老年歯科補綴学講座主任 (講座名変更により)
東京歯科大学大学院歯学研究科研究科長



東京歯科大学 解剖学講座
教授・講座主任

阿部 伸一 先生

1989年 東京歯科大学卒業
1993年 東京歯科大学大学院終了 (歯学博士)
1994年 ドイツベルリン自由大学留学
2008年 台北医学大学口腔医学院 (台湾) 臨床教授 (現在)
2010年 東京歯科大学解剖学講座教授 (現在)
2012年 延世大学歯学部 (韓国) 客員教授 (現在)

本チラシと一緒に同封された返信はがきにてお申し込みください。(10/6必着)
ご欠席の方も会員名簿管理上、はがきの返送にご協力ください。
当日は本紙裏面にご記入の上、受付までご持参ください。

当会 HP から本チラシをダウンロードできます。 <http://www.tokyo-woman-dentists.com/>

★★このチラシ(本紙)を当日ご持参ください。★★

東京都女性歯科医師の会 平成28年度 秋の学術講演会・懇親会

該当する□に✓をご記入ください。

[講演会] 出席 欠席 [懇親会] 出席 欠席

■ 氏名 _____ 会員 非会員(紹介者 _____)

■ 住所・連絡先(※非会員または会員で変更のある方のみ記入)

〒 _____

Tel _____

Fax _____

E-mail _____

@ _____

■ 出席される方は該当する□に✓をご記入ください。参加費は当日集めさせていただきます。

[講演会] 会員および家族、スタッフ 3,000 円 × _____ 名 非会員 4,000 円 × _____ 名

学生・研修医 無料

[懇親会] 一律 6,000 円 × _____ 名 小学生 3,000 円 × _____ 名 乳幼児 無料

[年会費] 3,000 円 ※事前振込にもご協力ください。振込先は会報誌をご参照ください。

*当日入会いただければ会員料金にて受講できます。

参加費合計 _____ 円

■ ご家族やご友人をお連れの方は以下にご記入ください。

お名前	該当するものに○	お名前	該当するものに○
	学生・研修医・非会員・ 小学生・乳幼児・スタッフ		学生・研修医・非会員・ 小学生・乳幼児・スタッフ
	学生・研修医・非会員・ 小学生・乳幼児・スタッフ		学生・研修医・非会員・ 小学生・乳幼児・スタッフ

■ 託児希望者は□に✓を入れ、連絡先をご記入ください。後日メールにて担当者がご連絡いたします。(会員の託児利用料は講演会終了時まで当会負担、懇親会へのお子様同伴歓迎します!)

託児希望 E-mail _____ @ _____

■ 講演会参加後の懇親会で、5名以上の同期会を開催する場合、1グループにつき5,000円を補助いたします。ご希望の方は□に✓を入れ、代表者氏名を以下にご記入ください。

「同期会」開催補助金希望

代表者氏名 _____ 大学 _____ 期 _____

★10月6日必着★

事務局へFAXにてお送りください。

[事務局] (医) 高慈会 高野歯科クリニック

FAX 03-3601-2543

※名簿管理のため会員の皆様は同封の返信はがきを必ずご返送ください。ご意見、連絡事項等は下にご記入ください。