申込を希望される先生方へ

下記の通り、口腔顔面神経機能学会第３回公開スキルアップセミナーと第15回精密触覚機能検査研修会（提案口腔顔面神経機能学会、後援福岡県歯科医師会、主催日本口腔顔面痛学会）を開催いたします。

＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞

開催日；2019年3月10日（日）　場所；松本歯科大学

＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞

8：15～9：30　口腔顔面神経機能学会第３回公開スキルアップセミナー（参加費無料）

〜インプラント治療、下顎智歯抜去の神経障害を防ぐために〜

セミナーリーダー　松本歯科大学歯科麻酔科教授　澁谷　徹先生

＊上記講演会は、「精密触覚機能検査の研修会」とは関係ありません。

10：00～12：00　　「第15回精密触覚機能検査研修会」（関連６学会会員8000円、それ以外　10000円）

（口腔顔面神経機能学会提案、日本口腔顔面痛学会主催）

約1時間ビデオ、約1時間実技。この研修会に参加される方は上記の精密触覚機能検査研修会　受講申込書にて、口腔顔面神経機能学会事務局あて申し込みください。

口腔顔面神経機能学会優先枠は30名。　最大定員60名

＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＜＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞＞

＜＜申込方法まとめ＞＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 8：15～9：30　第３回公開スキルアップセミナー | | | | |
| 参加希望者は、本申込書のP2 に必要事項を記載の上、口腔顔面神経機能学会事務局あて、メールにて申込ください。（当日参加も可能ですが、受講証発行のため、事前申し込みをお願いします） | | | | |
| 1. 10：00～12：00　　精密触覚機能検査研修会 | | | | |
| 対象者 | 希望 | 申込書 | 申込先 | 締め切り |
| すべての歯科医師希望者  （最大定員60名） | 口腔顔面神経機能学会優先枠希望（30名） | 本申込書のP3 | 口腔顔面神経機能学会HPより申込書一式をダウンロードし口腔顔面神経機能学会事務局あて、メールにて申込ください | 最終締め切り　2019年3月1日まで  申込希望者は申込書を送付するとともに、3月1日までに入金を完了してください |
| 上記希望なし | 日本口腔顔面痛学会HPより、お申し込み方法、締め切りをご確認ください。 | | |

◎口腔顔面神経機能学会事務局　[jsofnf2@gmail.com](mailto:jsofnf2@gmail.com)　もしくは　[nozoe@dent.kagoshima-u.ac.jp](mailto:nozoe@dent.kagoshima-u.ac.jp)　へお申し込みください。

◎口腔顔面神経機能学会HP　　<http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/seminar02.html>

◎日本口腔顔面痛学会HP（精密触覚機能検査研修会の案内）

<http://jorofacialpain.sakura.ne.jp/?page_id=2353>

口腔顔面神経機能学会

第３回公開スキルアップセミナー講演会参加申込書

日時；2019年3月10日　8：15～9：30

場所；松本歯科大学図書会館２階学生ホール

参加費；　無料

〜インプラント治療、下顎智歯抜去の神経障害を防ぐために〜

座長　澁谷　徹先生

講演１

「口腔インプラントと神経障害　～原因とその対策～」

松本歯科大学特別専門口腔診療部門教授

八上　公利先生

講演２

「下顎智歯抜歯後の知覚異常症例

－パノラマＸ線写真でどれだけリスクを予測できるか－」

松本歯科大学歯学部口腔顎顔面外科学講座主任教授

芳澤　享子先生

＊「精密触覚機能検査」研修会の前に行われます。皆様方の多数のご参加を歓迎いたします。

参加　　（　　　　　　）

（　）内に　する　　しない　を　ご記入ください.

参加者氏名（　　　　　　　　　）

連絡先メアド（　　　　　　　　　　）

第15回精密触覚機能検査研修会　受講申込書（すべてご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望研修会 | 期日  **2019年3月10日（日）**  **10：00～12：00** | | 場所  **松本歯科大学**  **図書会館２階学生ホール** |
| 受講者 | 氏名 | | かな |
| 自宅住所 | 〒 | | 生年月日（西暦）  　　　　　　・　　　　・ |
| 所属保険医療機関 | 施設名 | | 診療科名 |
| 同上施設住所 | 〒 | | 電話 |
| 連絡先 | メールアドレス | | 自宅電話または携帯電話 |
| 下記学会に所属の方は，該当欄に〇または✔を入れ，会員番号をご記入ください | | | |
| 所属学会（五十音順）  （会員の方は必ずご記入ください。複数の学会に所属している方は1つ記入していただければ結構です） |  | 日本口腔顔面痛学会 | 会員番号 |
|  | 日本口腔外科学会 | 会員番号 |
|  | 日本口腔診断学会 | 会員番号 |
|  | 日本歯科麻酔学会 | 会員番号 |
|  | 日本歯科薬物療法学会 | 会員番号 |
|  | 口腔顔面神経機能学会 | 会員番号 |

個人情報の取り扱いについて，日本口腔顔面痛学会は，

* 受講者の個人情報を研修会の管理運営の目的のみに用います。
* 受講者の個人情報を当人の許可なくその他の目的に用いません。
* 受講者の個人情報を当人の許可なく第3者に譲渡または開示しません。ただし，国、地方公共団体、健康保険法ならびに国民健康保険法の保険者（審査支払を委託された機関を含む）および日本歯科医学会から要請があった場合には，この限りでありません。

上記の内容に同意し，精密触覚機能検査研修会の受講を申し込みます。

年　　　月　　　日　　　　　　　　　氏名

精密触覚機能検査研修会　受講申込書の記載方法について

＊上記学会の会員番号については1つの学会のみ記載してあればOKです。口腔顔面神経機能学会会員の方は、会員とのみご記入ください

＊P3の申し込み書は、学会HPよりダウンロードするか、　[nozoe@dent.kagoshima-u.ac.jp](mailto:nozoe@dent.kagoshima-u.ac.jp)　まで、ご請求ください。申し込み書はメールにてご送付ください。P3の申込書は、申込者一人に１枚ずつ作成ください。（最終締め切り　2019年3月1日まで）

＜＜＜＜＜精密触覚機能検査研修会に参加される方へ＞＞＞＞＞

　精密触覚機能検査研修会では、参加費の事前納入が必要です。

　申込用紙に記載のある学会の会員の方は、8000円、

　いずれの学会の会員でない方は　　　　　10000円

下記の口座に入金をお願いします。（入金締め切り3月1日までにお願いします）

精密触覚機能検査研修会の参加費の振り込み口座

＜お振込み先＞  
  
　ゆうちょ銀行  
　支店名　○一九（ゼロイチキュウ）支店  
　口座番号　00170-9-324853　  
　口座名称(漢字)　　精密触覚機能検査研修協議会  
　口座名称(カナ)　　セイミツショッカクキノウケンサケンシュウキョウギカイ  
　※他銀から振り込む場合　〇一九（ゼロイチキュウ）店　当座0324853