

タイムスケジュール

2月20日(土) TIME SCHEDULE

- 14:00～ 開会の辞
- 【メインホール】**
- 14:10～18:00 **シンポジウム1:保存**
～エンド・ペリオ・残根へのこだわり～
プランナー 柴田 紀之、倉富 覚、
シンポジスト 木村 英生、甲斐 康晴、中野 宏俊、
田中 憲一、中島 稔博、津覇 雄三、
松木 良介、松延 允資
- 【多目的ホール1】**
- 14:10～ **テーブルクリニック**
- 【多目的ホール2】**
- 14:10～15:40 **スタッフ発表会**
16:00～17:30 **スタッフ発表会 特別講演**
座長 酒井 和正
特別講師 村上 恵子先生
- 19:00～ **懇親会(ホテルオークラ福岡)**

アクセス【福岡国際会議場】

福岡国際会議場 福岡市博多区石城町2-1

- バス利用 博多駅(博多駅センタービル前Eのりば(福銀前))→
博多ふ頭行(国際センター・サンパレス前下車)徒歩すぐ
天神(ソリアステージ前2Aのりば)→中央ふ頭行(国際
会議場・サンパレス前下車)徒歩すぐ
- 都市高速 福岡市の西側(唐津方面)から⇒東浜ランプ⇒約5分
福岡市の南側(太宰府方面)から⇒築港ランプ⇒約3分
福岡市の東側(北九州方面)から⇒築港ランプ⇒約3分
- タクシー 福岡空港から約15分博多駅から約10分天神から約6分

2月21日(日) TIME SCHEDULE

- 8:55～ オープニング
- 【メインホール】**
- 9:00～11:00 **シンポジウム2:経過**
～学び、実践し、見えてきたこと～
プランナー 野田 邦治、上田 秀朗
シンポジスト 上野 道生、村上 和彦、高島 昭博、
立和名靖彦、大村 祐進、白石 和仁
(12:30～13:30 昼休み)
- 11:10～14:50 **シンポジウム3:挑戦**
～時代の変化とどう関わるか～
プランナー 小松 智成、重田幸司郎
シンポジスト 甲斐 康晴、桃園 貴功、中野 宏俊、
樋口 琢善、樋口 克彦、白土 徹、
山本 真道、樋口 惣、筒井 祐介
- 15:10～15:50 **シンポジウム4:提言**
～次世代を担う歯科医師へ～
プランナー 松延 彰友、榊 恭範
シンポジスト 中野 充、下川 公一
- 16:00～ 閉会の辞
- 【多目的ホール1】**
- 9:00～ **テーブルクリニック**
- 【多目的ホール2】**
- 9:00～12:30 **スタッフ発表会**
12:30～13:30 昼休み
13:30～15:00 **スタッフ発表会 特別講演**
座長 伊古野 良一
特別講師 安生 朝子先生

参加費	事前申込		当日申込
	申込締切日	～12月31日まで	～2月6日まで
歯科医師	15,000円	20,000円	25,000円
DH・DT・DA	3,000円		5,000円
大学関係	10,000円		15,000円
学生・研修医3,000円(当日のみ。学生証、研修医証明証提示厳守)			
※懇親会参加は参加費プラス10,000円			

振込先/西日本シティ銀行 黒崎支店 普通3033489 第40回北九州歯学研究会発表会 会計 甲斐 康晴

※振込後、必ず下記の申込用紙に必要事項を記入のうえ、FAXにて申してください。

※振込控えをもって領収書とさせていただきます。振込手数料は別途負担となりますので、ご了承ください。

※事前登録受付後のキャンセルならびに返金はお受けできませんのでご了承ください。

【お問い合わせ】講演会事務局/福岡デンタル販売(株) 担当完田/中山 TEL.092-629-1491 FAX.092-629-1494

キリトリ線 ✂

第40回記念 北九州歯学研究会発表会 参加申込書		医院名
所在地	(〒 -)	TEL () - FAX () -
お名前	<input type="checkbox"/> のいずれかに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> DH・DT・DA <input type="checkbox"/> 大学関係 【懇親会 <input type="checkbox"/> 参加・ <input type="checkbox"/> 不参加】
お名前	<input type="checkbox"/> のいずれかに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> DH・DT・DA <input type="checkbox"/> 大学関係 【懇親会 <input type="checkbox"/> 参加・ <input type="checkbox"/> 不参加】
お名前	<input type="checkbox"/> のいずれかに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> DH・DT・DA <input type="checkbox"/> 大学関係 【懇親会 <input type="checkbox"/> 参加・ <input type="checkbox"/> 不参加】
お名前	<input type="checkbox"/> のいずれかに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> DH・DT・DA <input type="checkbox"/> 大学関係 【懇親会 <input type="checkbox"/> 参加・ <input type="checkbox"/> 不参加】
お名前	<input type="checkbox"/> のいずれかに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> DH・DT・DA <input type="checkbox"/> 大学関係 【懇親会 <input type="checkbox"/> 参加・ <input type="checkbox"/> 不参加】
		合計金額

※必要事項をご記入の上、FAXにて事務局へお送りください。

FAX 092-629-1494