

ごあいさつ

春うらかな日和が心地よい季節となりましたが、皆様方におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、2019年に、スタディグループ北九州歯学研究会を立ち上げたチャーターメンバーである中野充先生ならびに下川公一先生が相次いで、惜しまれつつもご逝去されました。しかし、時おりしもコロナ禍が吹き荒れておりました影響で、追悼講演会を開催できないまま4年の月日が経過しようとしております。両先生から厳しくも優しいご指導、ご薫陶をいただいていた私ども後輩会員にとってはたいへん残念で無念でやるせない事態でした。

中野充先生・ 下川公一先生 追悼講演会

そこで、北九州歯学研究会では、コロナ禍が収束に向かう兆しがようやく見え始めてきた今この時に、偉大なお二人の先生の御功績を讃えるべく、経基臨塾、日本審美歯科協会、WDCに共催をいただいで追悼講演会を開催する運びとなりました。

お二人の先生の数々の業績にふさわしく、盛大かつ厳粛で内容の濃く、深い講演会となるよう最善を尽くす所存でございますので、引き続きご指導、ご鞭撻、ご支援の程、伏してお願い申し上げます。

末筆になりますが、先生方の益々のご発展をお祈り申し上げます。

北九州歯学研究会 木村 英生

2023年
7月8日(SAT) 7月9日(SUN)
7月8日(土)14:00~17:00・9日(日)9:00~16:00
会場/ JR九州ホール
【WEBなし実開催のみ】

参加費

講演会(弁当なし)

- 歯科医師(研究会会員も同額)・・・【事前】10,000円
.....【当日】13,000円
- コ・デンタルスタッフ、大学関係者
..... 【事前、当日】5,000円

※参加お申し込みはインターネット(QRコード)、またはFAXで(必要事項をご記入の上、FAXにて事務局へお送りください。)お願いします。【事前申し込みは6月末日まで】



プログラム PROGRAM

SAT 7月8日 司会 須呂 剛士

- 14:00~ 開会の辞 上野 道生
- 14:10~14:40 糸瀬 正通
故下川公一先生との40年間を振り返る
- 14:40~15:10 小椋 康平
私の父親がわりだった中野充先生を偲んで
- 15:10~15:40 永井 省二
私のLife workから見えてきたもの
— 咀嚼と発語から咬合を考える —
- 15:40~15:50 休憩
- 15:50~16:20 松井 宏榮
歯根膜移動と個性正常咬合
- 16:20~16:50 船越 栄次
長期予後を目指した重度歯周炎の治療から学ぶ

参加お申し込み方法

お申し込みはインターネット(QR)、またはFAXで。

※お申し込みは、右記インターネット(QRコード)、または下記FAXで(必要事項をご記入の上、FAXにて事務局へお送りください。)お願いします。
【事前申し込みは6月末日まで】



中野充先生・下川公一先生 追悼講演会

SUN 7月9日 司会 田中 憲一

- 9:00~ 開会の辞 上野 道生
- 9:10~9:40 佐々木 一高
下川先生と語り合ったこれからの歯科
- 9:40~10:10 谷口 威夫
中野先生との思い出と生涯を振り返って
- 10:10~10:40 駒沢 啓
「下川の臨床咬合」について
～ 受講生による一考察 ～
- 10:40~10:50 休憩
- 10:50~11:20 林 美穂
レジェンドからの贈り物…
- 11:20~11:50 横田 誠
臨床医によりそう研究、歯周病、動揺、歯の移動、
歯根膜、セメント質と動的平衡、そして動的予防
- 11:50~13:10 昼休憩
- 13:10~13:40 榎本 絃昭
北九州歯学研究会発信の Bio-ceram
インプラントのその後
- 13:40~14:10 山地 正樹
全顎矯正と部分矯正へのアプローチ
- 14:10~14:40 木村 英生
下川エンドへの出会いとこれまでの取り組み
- 14:40~14:50 休憩
- 14:50~15:20 元 永三
下川公一先生との30年間のお陰で
- 15:20~15:50 河原 英雄
「1通の手紙」「1枚のX-ray」その後
- 15:50~ 閉会の辞 村上 和彦

参加費 / 講演会(弁当なし) ● 歯科医師(研究会会員も同額)……………【事前】10,000円 【当日】13,000円
● コ・デンタルスタッフ、大学関係者……………【事前、当日】 5,000円

振込先 / 西日本シティ銀行 直方支店 店番061 普通3092450 キタキョウシュウシガクケンキョウカイ

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

※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。

キリトリ線 ✂

FAX参加申し込み書		医院名
所在地	〒	TEL () - FAX () -
お名前	フリガナ	<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"/> コ・デンタルスタッフ、大学関係者
お名前	フリガナ	<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"/> コ・デンタルスタッフ、大学関係者
お名前	フリガナ	<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"/> コ・デンタルスタッフ、大学関係者
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