

2014年 年次ミーティングのご案内

「更なる治療価値の追求」

OJ 2014年 年次ミーティングを以下のように開催いたします。今回のミーティングでは、ドクターセッションのメインタイトルを「更なる治療価値の追求」とし、第1日目には今年2月のミッドウインターミーティング上位6名による会員発表、OJ正会員の中から選抜された5名による正会員発表を行います。第2日目には、第一線で活躍されている先生方によるシンポジウム、恒例となりました衛生士セッションに加えて、インプラント治療の安全性、有効性等を広く一般の皆様方に発信するため“OJ都民フォーラム”を昨年に引き続き開催いたします。

OJ会員の皆様はもちろん、多くの一般の先生方、技工士・衛生士の皆様におかれまして是非ご参加下さい。

日 時／ 平成26年7月12日(土)・13日(日)

会 場／ 日本歯科大学生命歯学部富士見ホール・九段ホール

東京都千代田区富士見 1-9-20 電話:03-3261-8311(電話案内)

「飯田橋駅」徒歩5分(JR線・東京メトロ有楽町線・南北線・東西線・都営大江戸線)



OJ 会長 鈴木真名

プログラム(ドクターセッション)

[7月12日(土)] (10:00~17:30)

10:00 挨拶

10:10~12:55 **会員発表**

演者: 木林博之 先生(京都府)、佐藤琢也 先生(大阪府)、中川雅裕 先生(東京都)、
中村茂人 先生(東京都)、福留淳一 先生(東京都)、藤田憲一 先生(鹿児島県)

14:00~17:15 **正会員発表**

演者: 宇毛 玲 先生(東京都開業)、鈴木健造 先生(東京都開業)、
根本康子 先生(東京都開業)、牧草一人 先生(京都府開業)

17:15~17:50 **正会員証授与式、総会**

18:00~19:30 **懇親会、第一回 OJ アワード表彰**

[7月13日(日)] (9:30~16:00)

シンポジウム「デジタルデンティストリーの進化と検証」

9:30~12:15 (午前の部)

演者: 日高豊彦 先生(神奈川県開業)
三好敬三 先生(東京都開業)
田中譲治 先生(千葉県開業)

13:15~16:00 (午後の部)

演者: 山下恒彦 先生(デンテック インターナショナル)
中島清史 先生(KNデンタルラボラトリー)
山崎長郎 先生(東京都開業; OJファウンダー)

衛生士セッション [7月13日(日)] (10:00~12:00)

「医院で取り組む、インプラント治療」

演者:木村洋子 先生 (北海道開業)

林 美穂 先生 (福岡県開業)

OJ都民フォーラム [7月13日(日)] (13:00~16:00)

「歯を失う原因とインプラント治療 (仮称)」

講師:高森 等 教授(日本歯科大学生命歯学部 インプラント診療センター長)

申 基 結 教授(明海大学歯学部 歯周病学分野 教授)

奥田裕司 先生 (OJ 副会長、医療法人おくだ歯科医院 院長)

協 賛:OJ賛助会員 34社

定 員: 120名(一般の方を対象とします)

参加費: 無料

* OJ都民フォーラムの詳細および参加申込案内はOJホームページをご覧ください。

参加費 会員 歯科医師 / 20,000円 (25,000円) 一般 歯科医師 / 25,000円 (30,000円)
歯科技工士 / 10,000円 (12,000円) 歯科衛生士 / 8,000円 (10,000円)

懇親会参加費 / 3,000円 (懇親会費を値下げいたしました。皆様奮ってご参加ください!)

* 歯科技工士・歯科衛生士の参加費は、会員・非会員ともに同額となります。

* 前納参加費の締切は2014年6月20日(金)となります。カッコ内は前納でなく、当日参加登録の場合の参加費です。

お問合せ・(財)口腔保健協会内 OJ事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込TSビル

TEL. 03-3947-8761 FAX. 03-3947-8873

* 下記参加申込書に必要事項をご記入の上、OJ事務局までFAXにてご送付ください。参加申込書のご送付とともに、参加費を以下の振込先までお振り込みください。ご入金の確認をもって正式申込とさせていただきます。6月21日(金)以降のお申込みは、当日会場にてお願いいたします。

振込先 郵便局 郵便振替口座 00170-9-463641 加入者名 OJ事務局

* 郵便局以外の金融機関からお振込の場合

金融機関: ゆうちょ銀行 金融機関コード: 9900 店番: 019 預金種目: 当座

店名: 0一九店(ゼロイチキュー店) 口座番号: 0463641

加入者名: オージェジムキョク(すべて大文字です)

OJ 2014年 年次ミーティング 参加申込書 (参加費前納用 ; 2014年6月20日締切)

ふりがな お名前	勤務先名称		
ご住所 〒	—		
TEL: ()	FAX: ()	E-mail:	
<input type="checkbox"/> 会員 歯科医師/20,000円	<input type="checkbox"/> 一般 歯科医師/25,000円	<input type="checkbox"/> 歯科技工士/10,000円	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士/8,000円
<input type="checkbox"/> 懇親会参加費(7月12日)/3,000円			
計 _____ 円を振り込みます。 (口をチェックし、計 _____ 円をご記入下さい。)			