

# COLLOQUIUM in 2012

インプラント治療の長期的予後を考える  
— 更なる患者QOL向上のために —

**日時** 2012年7月1日(日) 9:20▶16:40 **場所** 東京ビッグサイト

**メイン会場** **メインテーマ：インプラント治療の長期的予後を考える ～更なる患者QOL向上のために～**

内容	演者(敬称略)		座長(敬称略)	
特別講演	矢島 安朝 先生	東京歯科大学 口腔インプラント学講座 教授	古谷野 潔 先生	九州大学大学院歯学研究院 口腔機能修復学講座 インプラント・義歯補綴学分野 教授
シンポジウム講演	城戸 寛史 先生	福岡歯科大学 咬合修復学講座 口腔インプラント学分野 教授	加藤 仁夫 先生	日本大学松戸歯学部付属病院 教授 口腔インプラント科長
	石本 光則 先生	石本歯科クリニック		
	山道 信之 先生	山道歯科医院		
	春日井 昇平 先生	東京医科歯科大学 大学院 歯医学総合研究科 インプラント・口腔再生医学分野 教授		
一般講演	Choe Jin 先生	韓国開業	馬場 俊輔 先生	大阪歯科大学 口腔インプラント科 専任教授
	Chang Shih-Shu 先生	台湾開業		
	佐々木 匡理 先生	九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 口腔顎顔面外科学分野 助教		
	船木 弘 先生	日比谷歯科医院	木本 克彦 先生	神奈川歯科大学 顎口腔機能修復科学講座 クラウン・ブリッジ補綴学分野 教授
	平井 友成 先生	平井歯科クリニック		
	中塚 健介 先生	愛知学院大学歯学部顎口腔外科学講座 講師 歯学部付属病院 口腔インプラント科診療部		
	永田 彰純 先生	(医)学会 永田歯科医院		

## 分科会1

テーマ：  
**Consideration and Technique of Implant Esthetics**  
山田 和伸 先生 (株式会社 カस्पデンタルサプライ カナレテクニカルセンター)  
遊亀 裕一 先生 (有限会社 山手デンタルアート)

**ハンズオンコース** 【歯科医師対象】  
(受講費 ¥5,000/名、定員15名) コロキウム参加費とは別に受講費が必要です。定員になり次第、締め切りとさせていただきます。

テーマ：**ソニックエキスパンションテクニック**  
鈴木 龍 先生 (医療法人社団 八龍会 すずき歯科医院)

## 分科会2

テーマ：  
**安心、安全なインプラント治療をめざしたチーム医療の心得**  
松山 美和 先生 (徳島大学歯学部 口腔保健学科 口腔保健支援学講座 教授)  
笹田 香奈 先生 (デンタルクリニック ラヴィル有明)

<b>参加費</b>	歯科医師：¥20,000 技工士：¥10,000 衛生士：¥10,000 関係者スタッフその他：¥10,000	<b>早期参加費</b>	歯科医師：¥15,000 衛生士：¥8,000 技工士：¥8,000 関係者スタッフその他：¥8,000	<b>ハンズオンコース受講費</b>	<b>¥5,000</b>
	早期お申込み締め切り 2012年5月31日 (お申込み、お振込み完了分までが対象)				

※参加費には、昼食・消費税が含まれております。 ※当日のお申込みは、歯科医師20,000円、技工士・衛生士10,000円、関係者スタッフその他10,000円になります。

**COLLOQUIUM in 2012 お申込み方法**

- ① 下記参加申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください ② お申し込み後、下記口座に参加費をお振り込みください。  
※ハンズオンコースへの参加を希望される方は、下記別枠ハンズオンコース参加申込書へご記入し、お申し込みください。

**振込先** ■ 京都銀行：新大阪支店 ■ 普通口座：1307 ■ 口座名：京セラメディカル株式会社 コロキウム

恐れ入りますが、お振り込み手数料は各自でご負担ください。また、参加費のお振込み後のご返金は致しかねますので予めご了承ください。銀行より発行されますお振込みの控えをもって領収書とさせていただきます。

「京セラデンタルネット」からもお申込みいただけます <http://www.kyocera-dental.com/>

参加費のご入金を確認した後、6月15日より随時参加票をお送りいたします。

京セラメディカル株式会社 デンタル営業事業部 営業推進部 宛 **FAX: 06-6350-1038**

**コロキウム2012参加申込書**

**2012年7月1日(日)の「COLLOQUIUM in 2012」に申し込みます**

ふりがな				
貴医院名／ 大学名／ 技工所名				
ふりがな	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 関係者スタッフその他	ふりがな	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 関係者スタッフその他	
ご芳名		ご芳名		
e-mail:		e-mail:		
ふりがな	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 関係者スタッフその他	ふりがな	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 関係者スタッフその他	
ご芳名		ご芳名		
e-mail:		e-mail:		
ご住所	〒			
	※ 後日、参加票を送付しますので、送付を希望される住所を必ずご記入ください。			
	TEL: (            )		/ FAX: (            )	

**ハンズオンコース参加申込書** ※コロキウム2012へ参加される方のみハンズオンコースへの受講が可能となります。

**ハンズオンコースに申し込みます**

ふりがな				
貴医院名／ 大学名／ 技工所名				
ふりがな		ふりがな		
ご芳名		ご芳名		
e-mail:		e-mail:		
ご住所	〒			
	※ 後日、参加票を送付しますので、送付を希望される住所を必ずご記入ください。			
	TEL: (            )		/ FAX: (            )	

★参加費計 \_\_\_\_\_円は \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日に振り込みます

**ご入金確認のため、お振り込み時の振込者名をカタカナにてご記入ください。**

(お振込者名)カタカナでご記入ください。

(歯科医院名口座などからご入金される場合は、必ず申込者名を併記してお振り込みください。)

当社は、講演会の参加申込みにより取得した個人情報を厳重に管理し、あらかじめご本人の同意を得ることなく第三者に提供することはありません。当社での個人情報の利用目的は以下の通りです。

1. 講演会の運営および、それに伴うご連絡 2. 京セラメディカル株式会社からの各種情報のご案内  
当社からの各種情報の案内をご希望されない場合は下記のチェックボックスに印をお付けください。

当社からの各種情報の案内を希望しない (なお、印が付いていない場合には、「希望する」と判断させていただきます。)

主 催

京セラメディカル株式会社