

第4回九州地区開催

日本スポーツ歯科医学会公認マウスガード製作講習会

日本スポーツ歯科医学会認定のマウスガード講習会を、以下の要領で開催致します。みなさまのご参加をお待ちしております。

日時 :平成 28 年 2 月 14 日(日)

会場:九州歯科大学 本館 8 階 技工実習室

住所:〒803-8580 福岡県北九州市小倉北区真鶴 2-6-1

電話:093-582-1131

講師:前田芳信、松田信介、町博之、三輪俊太

大阪大学大学院歯学研究科

細川隆司、鱒見進一、正木千尋、向坊太郎

九州歯科大学 口腔再建リハビリテーション学分野, 顎口腔欠損再構築学分野

主催:大阪大学スポーツ歯学研究会

共催:九州歯科大学 口腔再建リハビリテーション学分野, 顎口腔欠損再構築学分野

プログラム:

10:00~15:00 マウスガードの製作(スプリントなどのサーモフォーミングの基礎を含む)

(日本スポーツ歯科医学会公認のマウスガード製作講習会に過去に参加されていて 今回初めてマウスガード製作講習会に参加頂く方をお連れ頂いた先生には サブインストラクターとして指導経験を積んでいただくことができます。なおサブインストラクターの講習会参加費用は不要です。)

申込方法: 2016 年 1 月 31 日 締切

参加申込書(別紙)を事務局まで、FAXにて送信し、同時に、指定の口座に参加費をご送金ください。

ご入金の確認後、講習会一週間程度前に参加確認書をお送りします。

振込先:

三菱東京 UFJ 銀行 千里中央駅前支店(店番 577)

普通 0400977

大阪大学スポーツ歯学研究会 会計 三輪俊太

なお、ご不明な点がございましたら、事務局担当までご連絡ください。

大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能再建学講座 有床義歯補綴学・高齢者歯科学分野(担当:阿部舞美)

TEL:06-6879-2954

FAX:06-6879-2957

E-mail:mabe@dent.osaka-u.ac.jp

第4回九州地区開催

日本スポーツ歯科医学会公認マウスガード製作講習会

参加申込書

内容	金額(円)
10:00~15:00 マウスガードの製作、スプリントの製作	22000
昼食、材料、テキスト代を含む	

氏名(ふりがな)	()	職業	
所属(診療所)		E:mail	
連絡先	〒		
TEL		FAX	

まとめて申し込まれる方は以下にご記入下さい。

	氏名	ふりがな	職業(○を付ける)
1			歯科医師. 歯科技工士. 歯科衛生士. その他()
2			歯科医師. 歯科技工士. 歯科衛生士. その他()
3			歯科医師. 歯科技工士. 歯科衛生士. その他()

合計人数: _____ 名

合計金額: _____ 円

講義・実習の参考とするため以下のアンケートにお答えください。

- ご自身でマウスガードを製作した経験はありますか？ (はい・いいえ)
- 今後どのような競技でマウスガードの作製を予定していますか？()
- マウスガード・サーモフォーミングに関する質問・お悩みがある場合、サブインストラクターをご希望の場合は以下にご記入ください。