

第27回日本スポーツ歯科医学会認定研修会開催のご案内

拝啓

学会員の皆様にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成30年12月に第27回認定研修会を沖縄県口腔保健協会医療センターで開催いたします。

プログラム終了後、希望者（会員に限る）には「認定研修会修了証」を授与致します。

詳細なスケジュール等につきましては、確定次第、随時ホームページにてご案内させていただきます。

学会員の皆様、また認定医・MGテクニカルインストラクター・SDHを目指される会員各位のご参加をお待ちしております。

敬具

運営担当幹事 武田友孝（認定委員会委員長）

タイトル（仮）：スポーツ歯学に役立つ様々な知識

演 者： 砂川 力也 先生（琉球大学教育学部保健体育講座）
嘉手納 一彦 先生（那覇市保健所健康増進課）
上與那原 寛和 様（SMBC日興証券株式会社）

日 程： 平成30年12月8日（土） 9：00～12：00（8：30受付開始予定）

会 場： 沖縄県口腔保健医療センター

〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川 218 番地 1 TEL：098-888-0648

参加費： 会員（歯科医師）8,000円 / 非会員（歯科医師）10,000円

会員（コメディカル・学生）4,000円 / 非会員（コメディカル・学生）6,000円

【注】非会員の方には受講修了証の授与および学会認定資格取得のための研修単位の付与いずれの特典もありません。

【申込方法】

参加費を指定の郵便振替口座にご入金の後、別紙の申込書に必要事項をご記入いただき、払込用紙の受領書と併せて認定研修会事務局へFAXにてお送り下さい。

申込期間：平成30年11月9日（金）まで

〈郵便振替払込〉 口座番号：00110-2-705304

口座名称：一般社団法人日本スポーツ歯科医学会

※払込用紙の通信欄に“第27回認定研修会参加費”と必ずご記入下さい。

※複数人一括のお振込も可能ですが、その場合、備考欄に「参加者全員のお名前」を明記願います。

【お問い合わせ】

一般社団法人日本スポーツ歯科医学会事務局

電話：03-3947-8891 FAX：03-3947-8341 e-mail：gakkai32@kokuhoken.or.jp

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル401 一般財団法人口腔保健協会内

第27回 日本スポーツ歯科医学会認定研修会申込書

送付先：FAX 03-3947-8873

申込期限：平成30年11月9日（金）当日必着

氏名	
(ふりがな)	
資料送付先 (該当する項目に☑印)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
送付先住所 〒	
勤務先名称	
連絡先	TEL： FAX：
会員区分	該当する項目に○印
※ 修了証をお渡しするのは本学会会員に限ります。なお、研修会当日の入会手続きも可能です。	
【 会員 ・ 非会員 (当日までに入会予定) ・ 非会員 (入会せず聴講希望) 】	
資格区分	該当する項目に☑印
<input type="checkbox"/> 参加費 8,000円：歯科医師 (会員)	<input type="checkbox"/> 参加費 10,000円：歯科医師 (非会員)
<input type="checkbox"/> 参加費 4,000円：JXデ'イカ' 学生 (会員)	<input type="checkbox"/> 参加費 6,000円：JXデ'イカ' 学生 (非会員)
<input type="checkbox"/> 参加費 5,000円：修了証不要の終身認定医	

払い込み受領書のコピーも忘れずに

郵便振替用紙(控) 添付欄

お振込み頂いた際の振替用紙を貼付して、FAX願います。