

総合インプラント研究センター

2018年度（社）日本口腔インプラント学会認定講習会 受講案内

（社）日本口腔インプラント学会専門医，認証医取得のためには、（社）日本口腔インプラント学会認定講習会受講と研修施設に所属する必要があります。インプラントに必要な知識と実習のみならず、本講習会修了後は、GIRC 会員としてインプラント学会における発表・論文作成等専門医取得のためのサポートを受けることができます。

●開催予定日

2018年

4月7日（土曜）・8日（日曜）

5月13日（日曜）

6月10日（日曜）

7月15日（日曜）

8月19日（日曜）

9月2日（日曜）

10月14日（日曜）

11月3日（土曜） *オペ見学

12月1日（土曜）・2日（日曜）

2019年

1月20日（日曜）

3月10日（日曜）

※実習等 ◎救急救命のためのAHA BLS コース実習

（BLS 資格取得費用別途実費） ◎採血実習（PRP、PRF 作製含む）

●予定講師陣（予定）

小林 博 先生（総合インプラント研究センター顧問）

金子明寛 先生（東海大学医学部口腔外科学教室教授）

築瀬武史 先生（日本歯科先端研究所会長）

塩田 真 先生（東京医科歯科大学 インプラント・口腔再生医学准教授）

吉村 節 先生（昭和大学歯科麻酔学教室）

武内博朗 先生（武内歯科医院・鶴見大学歯学部 探索歯学講座臨床教授）

阿部伸一 先生（東京歯科大学解剖学講座教授）

伊藤充雄 先生（Indiana University School of Dentistry, Adjunct Professor）

高橋誠治 先生(日本歯科大附属病院 歯科麻酔・全身管理科 准教授 日本医療教授システム学会)

渡邊文彦 先生(日本歯科大学新潟生命歯学部 歯科補綴学第2講座教授 日本口腔インプラント学会理事長)

三嶋 颯 先生(北日本インプラント研究会会長)

尾関雅彦 先生(昭和大学 歯学部 インプラント歯科学講座 教授)

春日井昇平 先生(東京医科歯科大学 インプラント・口腔再生医学)

矢島安朝 先生(東京歯科大学口腔インプラント学講座)

藤井俊治 先生(日本大学歯学部口腔外科学教室兼任講師)

各務秀明 先生(東京大学医科学研究所 先端医療研究センター 分子療法分野 特任准教授 松本歯科大学)

石崎 明 先生(岩手医科大学生化学講座教授)

加藤仁夫(先生日本大学松戸歯学部口腔顎顔面インプラント学講座教授)

竹島 浩 先生(明海大学歯学部病態診断治療学講座 口腔顎顔面外科学分野 I)

その他

●開催予定地

〈講演・実習場所〉

〒151-0053 東京都渋谷区代々木 4-1-3 住友化学参宮寮

その他 東京都新宿周辺

〈手術見学場所〉

〒261-0011 千葉県習志野市茜浜 2-2-1

ハイパーモールメルクス新習志野 2F

TEL 03-3320-3994 メルクス歯科医院

●受講料

¥600,000 (消費税含) 実習費・材料費・土日昼食代を含む

※分割可能 1括・2回・4回・6回

(4月受講開始前までに1回目を振込いただき、受講年度の12月末までに全額をお支払い下さい。受講料は個人名にてお振込下さい。法人名の場合も個人名を追記して下さい。)

●顔写真

写真入り名簿・受講カードを作製いたしますので、お写真を下記事務局までお送り下さい。

(スピード写真・デジカメデータも可)

総合インプラント研究センター事務局 嶋崎

TEL 080-1008-6699/FAX 03-5394-0373 E-Mail : info@girc.jp

●受講料お振込先

三菱東京UFJ銀行 普通預金

武蔵境支店（店番 464） 口座番号 0010858

GIRC 100 時間研修セミナー 会計 秋本和宏

●お問い合わせ先

〒170-0012 東京都豊島区上池袋 4-5-1-B31

総合インプラント研究センター事務局 嶋崎

TEL 080-1008-6699/FAX 03-3983-5443 E-Mail : info@girc.jp

〒243-0037 厚木市毛利台 2-2-18 コシ毛利台歯科内

認定講習会事務局 興 秀利

TEL 046-247-5433/FAX 046-248-6639

●お申込先

〒170-0012 東京都豊島区上池袋 4-5-1-B31

総合インプラント研究センター事務局 嶋崎

TEL 080-1008-6699/FAX 03-5394-0373 E-Mail : info@girc.jp

G I R C 2018 年度 (社) 日本口腔インプラント学会認定講習会
受講申込書

申込日 : _____

ふりがな

氏名 : _____ 印

生年月日 : _____ 氏名のローマ字 : _____

学会会員番号 : _____ 学会入会日 : _____

〒

住所 : _____

電話 : _____ F A X : _____

携帯電話 : _____ E-Mail : _____

〒

勤務先 : _____

電話 : _____ F A X : _____

案内等の 〒

発送先 : _____

出身校 : _____

支払方法 : 一括 ・ 分割 (丸で囲んでください)

振込名義 : 申込氏名と同じ ・ 別 ()

必要事項をご記入の上 FAX 03-5394-0373 まで FAX してください。