



総合インプラント研究センター

(General Implant Research Center, GIRC)

2021年度 (社) 日本口腔インプラント学会認定講習会

受講案内

創立 1988 年

日本口腔インプラント学会専門医・認定医取得のためには、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。本セミナーは、インプラントに必要な基礎から臨床および経営戦略までの知識、実習のみならず、インプラント学会における発表・論文作成・ケースプレゼンテーション試験対策等、専門医取得のためのサポートを受けることが出来ます。

GIRC 会員は毎年、最新最強の講師陣の講演を受講することができることが特徴であります。成功の秘訣は生涯学ぶことです。GIRC 会員として入会し、あとからこのセミナーを受講することも可能です。



2021 年度 開催予定日

(スケジュールに若干の変更がある場合もあります)

2021 年度のセミナーは ZOOM を主体に開催し、コロナ過の情勢が落ち着けば通常開催に変更する予定です。

2021 年

講義予定時間 9:00~15:30 (ZOOM 開催の場合)

- 4月11日(日) 初回顔合わせのため、会場にて開催
- 5月16日(日)
- 6月13日(日)
- 7月25日(日)
- 8月22日(日)
- 9月5日(日)
- 10月3日(日)
- 11月7日(日)
- 12月5日(日)

2022 年

- 1月16日(日)
- 3月13日(日)

(各開催日の約一ヶ月前に詳細な案内を郵送いたします)

その他

ケースプレゼンテーション試験症例審査会

専門医試験症例審査会

専門医試験予演会 ケースプレゼンテーション試験予演会

実技を含むため会場にて開催

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)

オペ見学



講師陣 (敬称略)

およびカリキュラム (予定順不同, 最新の情報変更有)

2020.11.16 現在

- 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 日本歯科先端技術研究所前会長
- 古澤清己先生 キヤドラボジャパン代表
- 今村栄作先生 横浜総合病院歯科口腔外科
- 廣安一彦先生 日本歯科新潟インプラント科教授
- 伴 清治先生 愛知学院大学歯学部歯科理工学講座非常勤講師
- 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
- 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
- 高橋誠治先生 日本医療教授システム学会
- 草間幸夫先生 日本臨床歯科 CAD/CAM 学会 会長
- 近藤尚知先生 岩手医科大学補綴・インプラント学講座教授
- 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
- 一戸達也先生 東京歯科大学歯科麻酔学講座教授

その他

その他, 総合インプラント研究センター講師陣

【GIRC 会員 指導医】

指導医 梨本正憲 植松厚夫 今村直樹 増田一生

専門医 伊藤賢 中村正和 奥秀利 三條貴光

加藤良一 植木 普 藤森一樹 布田博

日高敏郎 秋本和宏 松井新吾 村上智

松田 健男 佐野哲也 関矢泰樹 名取健寿 河野恭範 他 36 名



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。)

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

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

お問い合わせ・お申込先

- 受講申込書をFAXにてお送り下さい。

〒170-0012 東京都豊島区上池袋4-18-16-203
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

FAX 送付先 03-5394-0373

G I R C 2021 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

ローマ字 : _____

生年月日 : _____

〒

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 : 自宅 勤務先 丸で囲んで下さい

出身大学 : _____ 卒業年度 : _____ 年度

学位 DDS または DDS、PhD 丸で囲んで下さい

学会会員番号 : _____ 学会入会日 _____

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。