（公社）日本口腔インプラント学会認定施設/認定再生医療等委員会 一般社団法人東京形成歯科研究会

通　知

**2017年度 東京形成歯科研究会×新潟大学「共同研究」**

**「後期」参加申し込みのご案内　の件**

**※論文実績・JSOI口頭発表をご検討の方は必ずご一読下さい。**

〔　送信枚数：　2枚（本状含む）　〕

**（一社）東京形成歯科研究会　会員　　各位　　／　関係　　各位**

平成29年7月25日

　〒114-0002　東京都北区王子2-26-2

ウェルネスオクデラビルズ3F　オクデラメディカル内　一般社団法人東京形成歯科研究会

理事長・施設長　　奥寺　元／事務局　押田　浩文

T.03-3919-5111／F.03-3919-5114／E-mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp

前略　今年度（2017年4月～2018年3月）の東京形成歯科研究会×新潟大学「共同研究」ですが、「前期」が終了となり、改めて、下記の通り、「後期」の共同研究の参加申し込みについてご案内申し上げます。ご承知の通り、共同研究は、「論文」作成及びJSOI各大会「口頭発表」につながります。論文作成・実績（筆頭著者・共著者）、JSOI口頭発表（主演者・共同演者）をご希望の先生（東京形成歯科研究会会員に限ります）は、「共同研究」へのご参加をご検討ください。今年度は、臨床医である会員の先生方に配慮して、実験・講義を“日曜日”の開催となるよう、新潟大学・川瀬先生にご協力いただきました。また、昨年同様、共同研究「実験・講義」のみのご参加も可能です。尚、既に、「後期」の共同研究に参加申し込み済みの先生は、再度「参加申込書」を送信していただく必要はございません。以上、ご検討の程宜しくお願い申し上げます。　　　　　　　　　　　　　草々

**2017年度　東京形成歯科研究会×新潟大学「共同研究」**

**「後期」**2017年10月～2018年3月

**研究テーマ**

①Tiインプラント表面に親和性の高い血漿タンパク(PRPに含まれる)の同定

②コラーゲン・コラーゲン様人工タンパクによる血小板の活性化と凝固機構の解明

※「共同研究テーマ」につきましては、実験・研究の進行途中で予告なく変更となる場合がございます。予めご了承願います。

**●第2回　ガイダンス**

■8月27日（日）　12:30～13:00　　会場：東京都北区王子　※第5回TPDS主催JSOI認定講習会と同時開催です。

**●実験・講義**

第1回　10月15日（日）　10：00（8：00）（9：00）～15：00（16：00）　　会場：新潟大学

第2回　11月12日（日）　10：00（8：00）（9：00）～15：00（16：00）　　会場：新潟大学

※会場・日時につきましては変更となる場合がございます。

平成29年度　東京形成歯科研究会×新潟大学

「共同研究」（実験・講義）**［参加申込書］**

（一社）東京形成歯科研究会　事務局　　行

**送信先**　**E‐mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp**または**FAX：03‐3919‐5114**

**参加申込締切日**　2017年**8**月**23**日（水）**12：00（正午）**

該当する箇所に○印をつけていただき、必要事項をご記入の上、上記・送信先 “E‐mail”または“FAX”までご送信下さい。

**参加者区分：該当する区分に○印をお願いします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TPDS会員 | TPDS主催JSOI認定講習会 受講生 | 一般参加者 |

※TPDS＝（一社）東京形成歯科研究会、JSOI＝（公社）日本口腔インプラント学会

●**平成29年度**「後期」共同研究への参加を

|  |  |
| --- | --- |
| **［　申し込む　］** | **［　申し込まない　］** |

○平成29年**8**月**27**日(日)の**第2回“ガイダンス”**に

|  |  |
| --- | --- |
| ［　参加する　］ | ［　参加しない　］ |

**※共同研究者はガイダンスに参加していただくことが望ましいです。必須ではございません。**

■平成29年**10**月**15**日(日)の**「後期」第1回“実験・講義”**に

|  |  |
| --- | --- |
| ［　参加する　］ | ［　参加しない　］ |

■平成29年**11**月**12**日(日)の**「後期」第2回“実験・講義”**に

|  |  |
| --- | --- |
| ［　参加する　］ | ［　参加しない　］ |

**以下にお名前と貴院名をご記入下さい。**

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴院名

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

以下に住所・TEL・FAX・E-mailをご記入下さい。**※ 東京形成歯科研究会 会員の方は記入しなくて結構です。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〔住所（フリガナ）〕〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

■複数名の参加をご希望の方は、以下に「○」を付けて下さい。別途、事務局より折り返しご連絡させていただきます。

|  |
| --- |
| 複数名の参加を　希望する |