（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

**平成30年度　（公社）日本口腔インプラント学会**

**第38回 関東・甲信越支部学術大会**

**「口頭発表」**

**“主演者（発表者）”募集　の件**

**（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**

**（一社）東京形成歯科研究会主催JSOI認定講習会　受講者　各位**

平成30年8月1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

TEL：03-3919-5111／FAX：03-3919-5114／E-mail：[okudera@carrot.ocn.ne.jp](mailto:okudera@carrot.ocn.ne.jp)

前略　　2019年2月10日～11日に開催される（公社）日本口腔インプラント学会第38回関東・甲信越支部学術大会にて、東京形成歯科研究会による口頭発表を検討しています。

発表テーマはフリーです。

ご自身でテーマを決定し、抄録及び発表スライドを作成していただき、2～3回の予演会を経て、本番発表となります。

ご希望の先生は、「申込書」（本状含め2枚目）にてお申込み願います。

学会発表のスキル向上と研究発表の活動記録、実績のためにも、是非ともご検討下さい。

ご不明な点があれば、事務局までご一報願います。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　草々

**（公社）日本口腔インプラント学会　第38回関東・甲信越支部学術大会「口頭発表」**

**〔　主演者（発表者）「申込書」　〕**

（一社）東京形成歯科研究会　事務局　　行

**●申込先→E-mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp　または　FAX：03-3919-5114**

**●申込締切日：平成30年8月22日（水）**

下記・必要事項をご記入の上、上記E‐mailまたはFAXへ、上記・申込締切日までにご送信下さい。

1. 発表テーマ

|  |
| --- |
|  |

1. お名前と歯科院名を明記願います。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前（フルネーム） | 貴院名 |
|  |  |

〒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　　（一社）東京形成歯科研究会　事務局

TEL：03‐3919‐5111　／　FAX：03‐3919‐5114　／　E‐mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp