

UCLAインプラントアソシエーションジャパン サイナスリフト シンポジウム

本会はUCLA歯学部インプラントセンターBeumer教授とMoy教授を顧問とし、UCLAにおける最新のインプラント研究や臨床手技を学ぶ事を目的としたスタディクラブです。

日時：2009年11月15日(日) 10:00~16:30 会場：昭和大学 旗の台キャンパス4号館

先生方が日頃感じているサイナスリフトに関する疑問点を、各分野の専門家が明確にお答えします！

- ・臨床医からの疑問提示
- ・解剖学的見地から
- ・病理学的見地から
- ・再生医学の見地から
- ・耳鼻咽喉科科学的見地から

- 菅井 敏郎 先生 (東京医科歯科大学インプラント外来 臨床教授)
- 阿部 伸一 先生 (東京歯科大学解剖学講座 准教授)
- 井上 孝 先生 (東京歯科大学臨床検査学 教授)
- 春日井 昇平 先生 (東京医科歯科大学インプラント・口腔再生医学分野 教授)
- 石戸谷 淳一 先生 (横浜市立大学附属 市民総合医療センター 副病院長 耳鼻咽喉科教授)



司会：木佐 彩子

フリーアナウンサー・現在NHKワンセグ2にて、ワンセグ独自番組「ランチ・ボックス」毎週月～金(昼12:00～12:40)の司会を務める。
公式ブログ・木佐彩子の「のほほんぶログ」www.aspara.co.jp/ayako-kisa



菅井 敏郎 先生 阿部 伸一 先生 井上 孝 先生 春日井 昇平 先生 石戸谷 淳一 先生

参加費	
会員	5,000円
準会員	A/1 診療所 5,000円
	B 5,000円
	C 5,000円
非会員	15,000円
	昼食付き

同時開催

歯科衛生士セミナー

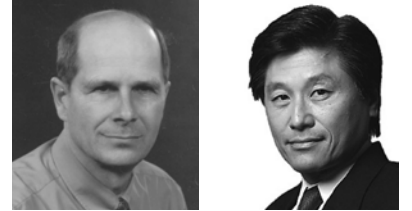
講師：木佐 彩子 「相手が心地よい話し方」 10:50~11:50
講師：内田 佳代 「表情筋エクササイズ」 13:00~15:30

参加費：正会員・準会員：無料／非会員：5,000円(昼食付き)

2010年UCLA海外研修セミナー 3月8(月)・9(火)開催

3月8日 最新インプラント情報(講義) / 「治療計画・症例相談・ディスカッション」
参加者の症例相談にBeumer教授がお答えします。 会場:UCLA歯学部内

3月9日 Peter K. Moy教授によるライブサージェリー
会場:West Coast Center for Osseointegration



UCLA歯科補綴学 John Beumer教授 UCLAインプラント歯科学 Peter K. Moy教授

旅費・宿泊等の
お問い合わせは JTB 渋谷支店
TEL:03-3770-0024(ツアーデスク 栗岩/満城)



入会の案内

正会員 ●入会金：5,000円 ●年会費：10,000円
準会員(A・B・C) ●入会金：無料 ●年会費：A)6,000円/1診療所 B)3,000円 C)10,000円

準会員ABCの規定については、ホームページをご覧ください。ご質問は、メール又はFAXにてお願いします。 <http://uc-implant.net>

UCLAインプラントアソシエーションジャパン賛助会員 (アイウエオ順)

アイキャット/アイジーエス/相田化学工業/アイディエス/浅野歯科産業/アサヒブリック/アルタデント/RHC USA Corporation/インプラント・イノベーションズ・ジャパン/オーラルケア/クロスウェル/ケーオーデンタル/ササキ/ジーシー/シロナデンタルシステムズ/ストアリンク/ストローマンジャパン/ソニー生命/ツアン・システム/10DR JAPAN/東京技研/トヨタ自動車マリン事業部/日本医学交流協会医療団/ノーベル・バイオケア・ジャパン/白鷗/フィード/マテリアライズデンタルジャパン/丸山医療器械/茂久田商会/モリタ/ヨシダ/リード/リゾートトラスト

お振り込み口座 三井住友銀行 五反田支店(普) 8090533
UCLAインプラントアソシエーション事務局 石橋良則

UCLAインプラントアソシエーションジャパン事務局 080-1987-2146

〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-1 ゲートシティ大崎 ウエストタワー3F
大崎シティデンタルクリニック内 E-mail: info@uc-implant.net

お申し込みは、下記の用紙に必要事項を記載して、ファックス(03-3494-1183)してください。

右記の該当するものに レを付けてください。		<input type="checkbox"/> 入会申込 <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 準会員 <input type="checkbox"/> A* <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C *正会員名 <input type="checkbox"/> サイナスリフトシンポジウム <input type="checkbox"/> 歯科衛生士セミナー *準Aは正会員の氏名が必要です。			銀行振込名義(カタカナ)	
フリガナ 氏名	ローマ字	(該当するものを○で囲んでください)		会員	非会員	
住所	〒	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	研修医	
電話 () - ()	FAX () - ()	e-mail :				