



# OJ年次ミーティング 2017

## テーマ『ボーン ミーティング』

■ 日時: 2017(平成29)年7月29日(土)・30日(日)

■ 会場: ベルサール飯田橋ファースト

東京都文京区後楽 2-6-1 住友不動産飯田橋ファーストタワーB1

「飯田橋駅」徒歩 5 分(JR 線・東京メトロ有楽町線・南北線・東西線・都営大江戸線)

「後樂園駅」徒歩 8 分(東京メトロ丸ノ内線)



OJ 会長 三好 敬三

### ■ OJ 年次ミーティング 2017 の開催予定

7月28日(金) 年次ミーティング前日

10:00~17:00 骨移植・GBRに関するハンズオンコース

会場: AP 秋葉原会議室(JR「秋葉原」駅徒歩 5 分)

講師: 白鳥清人 先生、石川知弘 先生

定員: 先着 30 名(OJ 会員もしくは入会予定の歯科医師限定)

参加費: 50,000 円(税込み、昼食代、実習模型・消耗品代含む)

ハンズオンコース 7月28日(金)



講師 白鳥 清人



講師 石川 知弘

\* 参加を希望される方は、OJ ホームページに掲載のハンズオンコース参加申込用紙をご利用ください。

### 7月29日(土)・30日(日) OJ 年次ミーティング 2017 “ボーン ミーティング”



教育講演 1 7/29(土) 11:40~12:40  
「トラブル症例から学ぶ、安全な  
サイナスフロアエレベーション」

講師: 野阪 泰弘 先生  
(野阪口腔外科クリニック)



教育講演 2 7/30(日) 11:30~12:30  
「骨造成法の基本的なエビデンスと  
その将来」

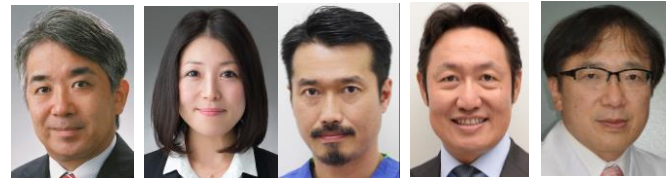
講師: 矢島 安朝 先生  
(東京歯科大学口腔インプラント学講座)

シンポジウム 1 7/30(日) 9:00~11:20  
「安全・確実な骨増生のテクニックと  
トラブルシューティング」

シンポジウム 2 7/30(日) 13:30~16:20  
「今選択すべき骨増生マテリアルは？」



寺本 昌司 一柳 通宣 高井 康博 北島 一 澤 裕一郎



小川 勝久 郡司 圭子 宇毛 玲 木津 康博 成瀬 啓一

会員発表 7/29(土) 9:40~11:20

正会員コンテスト 7/29(土) 13:40~16:00



上野 博司 小田 師巳 佐藤 憲治 丹野 努 八木原淳史 山田 陽子



甘利 佳之 岡田 豊一 新村 昌弘 村川 達也

技工士セッション 7月30日(日) 10:00~12:30

4名の講師予定(選考中)

衛生士セッション 7月30日(日) 13:30~16:00

4名の講師予定(選考中)

### OJ クリニカルリサーチ委員会からのお願い

年次ミーティング当日、先生方の臨床における疑問に関しアンケートを実施いたします。お寄せいただいた疑問に対し、解答または調査研究するよう委員会として努めていきたいと考えておりますので、是非当日までに、臨床における疑問に関しご準備いただければ幸いです。

参加費 会員 歯科医師 / 20,000円 (25,000円) 一般 歯科医師 / 25,000円 (30,000円)  
歯科技工士・歯科衛生士 / 3,000円 (5,000円)  
懇親会参加費 / 6,000円 (土曜日)

**\*特典:本大会にご参加いただきました歯科技工士・歯科衛生士の方は、入会金・年会費無料でOJにご入会いただけます。**

\* 事前登録登録の締切は2017年6月30日となります。カッコ内は前納でなく、当日登録の場合の参加費です。

お問合せ (一財)口腔保健協会内 OJ事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込TSビル  
TEL. 03-3947-8761 FAX. 03-3947-8873

\* 下記参加申込書に必要事項をご記入の上、OJ事務局までFAXにてご送付ください。参加申込書のご送付とともに、参加費を以下の振込先までお振り込みください。ご入金の確認をもって正式申込とさせていただきます。7月1日以降のお申込みは、当日会場にてお願いいたします。

振込先	郵便局	郵便振替口座	00170-9-463641	加入者名	OJ事務局
-----	-----	--------	----------------	------	-------

\* 郵便局以外の金融機関からお振込の場合

金融機関: ゆうちょ銀行 金融機関コード: 9900 店番: 019 預金種目: 当座

店名: 0-9店(ゼロイチキュー店) 口座番号: 0463641

加入者名: オージエージムキヨク(すべて大文字です)

### OJ 年次ミーティング 2017 参加申込書(事前登録用:2017年6月30日締切)

ふりがな お名前	勤務先名称
ご住所 〒 -	
TEL: ( )	FAX: ( ) E-mail:
<input type="checkbox"/> 会員 歯科医師/20,000円	<input type="checkbox"/> 一般 歯科医師/25,000円
<input type="checkbox"/> 歯科技工士・歯科衛生士/ 3,000円	<input type="checkbox"/> 懇親会参加費(7月29日)/ 6,000円
OJへの入会希望の有無 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
* 年次ミーティングにご参加いただきました歯科技工士・歯科衛生士の方は、ミーティング当日に入会金・年会費無料でOJにご入会いただけます。	
計 _____ 円を振り込みます。 (□をチェックし、計 _____ 円をご記入下さい。)	