（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

**2016年10月30日開催「再生医療 血液臨床応用 特別講演会」**

**「演題（口頭発表）」　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

平成28年7月6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

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

前略　先般よりご案内しております、東京大学にて2016年10月30日（日）に開催される当会主催「2016年度第4回　再生医療 血液臨床応用 特別講演会」ですが、下記の通り、**「演題（口頭発表）」を募集**いたします。尚、応募多数の場合や発表内容によっては、ポスター発表に変更していただくこともございますので、ご了承の程お願い致します。　　　　草々

**〔 演題　募集要項 〕**

1. 日程及び発表時間帯：2016年10月30日（日）11：20～12：45

※時間帯は予告なく、変更となる場合がございます。ご了承下さい。

1. 会場：東京大学　医学部研究科教育研究棟14F　鉄門記念講堂（東京都文京区本郷7-3-1）
2. 発表時間：10分
3. 発表対象者：一般社団法人東京形成歯科研究会　会員
4. 発表形式：口頭発表

※応募多数の場合や発表内容によっては、ポスター発表に変更していただくこともございます。

1. 発表テーマ（内容）：再生医療 血液臨床応用「症例」及び「研究」
2. 申込方法：別紙（本状含め2枚目）の「演題 申込書」の必要事項を記載の上、当会事務局までE-mailまたはFAXにて送信願います。
3. 申込締切日：2016年7月20日（水）

**「2016年度　第4回　再生医療 血液臨床応用 特別講演会」「 演題 申込書 」**

****

（一社）東京形成歯科研究会　事務局　　行

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

**申込締切日**　2016年**7**月**20**日（水）

■以下にお名前と貴院名をご記入下さい。

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴院名

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

■以下にテーマをご記載下さい。仮称で結構でございます。

|  |
| --- |
|  |

一般社団法人 東京形成歯科研究会　事務局　　〒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

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