（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

**2018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”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30年5月28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](mailto:okudera@carrot.ocn.ne.jp)

前略　今年度（2018年4月～2019年3月）の東京形成歯科研究会×新潟大学「共同研究」のガイダンスが5月27日（日）に実施され、予定通り、下記の日程で「実験・講義」を開催致します。そこで、第1回目となる「実験・講義」の参加者募集のご案内を致します。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。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。以上、ご検討の程宜しくお願い申し上げます。　　　　　草々

**2018年度　東京形成歯科研究会×新潟大学\_共同研究　“実験・講義”　開催日程／会場**

※実験・講義の日程及び会場につきましては、予告なく変更となる場合がございます。予めご容赦願います。

①　2018年 7月　8日（日）　10：00（9：00）～15：00（16：00）　　会場：新潟大学（新潟市）

②　2018年 8月19日（日）　10：00（9：00）～15：00（16：00）　　会場：新潟大学（新潟市）

③　2018年11月11日（日）　10：00（9：00）～15：00（16：00）　　会場：新潟大学（新潟市）

④　2019年 2月　3日（日）　10：00（9：00）～15：00（16：00）　　会場：新潟大学（新潟市）

**「 2018年度　第1回“実験・講義” 」**

○**日　程**2018年7月8日（日）　10：00（9：00）～15：00（16：00）

○**会　場**　　新潟大学 五十嵐キャンパス　〒950-2181新潟市西区五十嵐2の町8050番地

※詳細は右記アドレス参照　<http://www.niigata-u.ac.jp/opencampus/access.html>

○**参加費**　　東京形成歯科研究会会員　**無料**／　一般　**25,000円**　※交通費・食事代は含まれておりません。

○**テーマ**• ギムザ染色　•血小板数の分光光度計による計測

〇**内　容**　　• 血球塗抹標本の基本をマスターする。• PRPの品質管理の一環として投与前のPRPに含まれる血小板数を簡便に計測する方法を紹介する。

2018年度　東京形成歯科研究会×新潟大学\_共同研究

**第1回“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**](mailto:okudera@carrot.ocn.ne.jp)または　**FAX：03‐3919‐5114**

**参加申込締切日**　2018年**6**月**27**日（水）

該当する箇所に「　○　」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30年7月8日(日)の“実験・講義”に

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

■平成30年7月7日(土) 新潟大学内“ゲストハウス”への宿泊を

|  |  |
| --- | --- |
| ［　希望する　］ | ［　希望しない　］ |

※状況により、ご希望に添えない場合がございます。

■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 |