

## スクスク健康に育つために必要なこと(2)

日本口腔育成学会は、「歯科学は、より良くいきること、より良く生活することへのサービス」と位置づけ、「口腔育成を通じた、日本型ホームデンティスト」を目指したいと考えています。健全な口腔機能の育成を通じて、子どもたちが健康でスクスク成長していくための支援を行います。

代表理事 鎌田 秀一



### 日時・会場

2017年10月29日(日)

10:00 ~ 16:40 (9:30 受付開始)

※ 会場 ※

**Hakuhodo Learning Studio**

(博報堂ラーニングスタジオ)

【住所】 〒107-0052 東京都港区赤坂 2-14-27

国際新赤坂ビル東館 11 階

【アクセス】

東京メトロ千代田線 「赤坂駅」 5a 出口

東京メトロ銀座線・丸ノ内線 「赤坂見附駅」 山王下方面改札口 徒歩 8 分

東京メトロ銀座線・南北線 「溜池山王駅」 10 番出口 徒歩 7 分

### 講演内容

## 『不正咬合の原因を考える』

ー成長発育期におけるバイオブロック療法への誘いー

講師：末竹和彦先生 昭和 37 年 5 月 8 日生

昭和 63 年 鹿児島大学歯学部卒業

同年 医療法人社団厚誠会

東林間歯科勤務

平成元年 末竹歯科医院(横浜院代

理院長)として 4 年半勤務

平成 6 年 長崎県松浦市にて開業



現在、成長発育期に来院される子どもたちの多くが、歯列や顎顔面領域の問題を抱えているとって問題ないと思います。

我々が、かかりつけ歯科医としての役割を果たそうとするには、自ずと乳歯列期や混合歯列期から関わらなければならない、貴学会のように 0 歳、または胎内の子どもや保護者の方々への対応は、まさに急務と言えましょう。不正咬合に対して少数歯の咬合誘導からスタートした私ですが、壁にぶつかるたびに、「少数歯の咬合誘導」→「床拡大装置」→「マルチブラケット治療」→「Bionator、Bimler、MUH などを用いた各種機能矯正装置」と治療の引き出しを増やしていき多くの経験をしてきました。今回、まずそこから見えてきた問題点を洗い流し、続けて、現在当医院で行っているバイオブロック療法について症例を通じてご紹介し、皆様のご意見を頂戴したいと考えております。

参考文献：ザ・クインテッセンス 2017; 36(6): 92~107

顎顔面口腔育成研究会誌 2015; 3(1):32~38

### 参加費

	歯科医師	コ・デンタルスタッフ
会員	9,000 円	6,000 円
一般	15,000 円	10,000 円

※ 昼食代は、含まれていません。(各自にて)

- ※ お申込み受理後、こちらより振り込み案内をお届けします。
- ※ 新規入会をご希望の方は、HP よりお申込み下さい。
- ※ 振込手数料は、各自ご負担いただきますようお願いいたします。
- ※ 振込書をもって領収書に代えさせていただきます。
- ※ お振込後の返金には応じかねます。
- ※ 当日、会費の徴収は行いませんので、前日までに振込をお願いします。

### プログラム

09:30 受付開始	13:30 講演Ⅱ (160 分)
10:00 開会の辞	16:10 質疑応答
10:15 講演Ⅰ (120 分)	16:30 まとめ
12:15 昼休み	16:40 閉会

# 平成29年 日本口腔育成学会 第2回研修会 参加申込書

\*このExcelシート(申込用紙)に必要事項をご記入いただき、お申込みメールアドレス宛てにExcelシートを添付し送信して下さい。

\*Excelの使用環境がございません場合、メール本文に必要事項をご入力いただき、送信をお願い致します。

\*お申込みメールを確認しましたら、こちらより、受講料・振込先等の詳細をお送りいたします。

[お問い合わせ]

日本口腔育成学会事務局/株KIDS DENTAL PARK内 担当/田中 祐美子  
TEL.:03-6441-8451 FAX:03-6441-8457

[お申し込みメールアドレス]

yumiko.tanaka@kdp.hakuhodo.co.jp

定員 :60名

開催場所 :博報堂ラーニングスタジオ (受講票をお送りする際に会場のご案内を致します)

参加費 :歯科医師 15,000円 / コ・デンタルスタッフ 10,000円 (税込)

↓ ↓ ↓

会員価格 :歯科医師 9,000円 / コ・デンタルスタッフ 6,000円 (税込)

**※会員申込の詳細は、別紙「会員募集のお知らせ」をご確認ください。**

※医院の意識統一のため、歯科医師、スタッフペアでの参加を推奨します。

医院名	メールアドレス					
	〒	TEL				
医院所在地	〒					
受講票送り先 <small>※上記以外で受講票をお受け取りになりたい方はご記入ください。</small>	〒					
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> スタッフ・大学関係者	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 会員になる
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> スタッフ・大学関係者	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 会員になる
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> スタッフ・大学関係者	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 会員になる
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> スタッフ・大学関係者	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 会員になる
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> スタッフ・大学関係者	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 会員になる
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> スタッフ・大学関係者	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 会員になる

〈注意事項〉

\* 研修会当日までに、年会費のお振り込みが確認できない場合は、追加で参加金額をお支払いいただきます。

\* 10月29日を過ぎてから年会費をお支払いいただきましても研修会参加費の返金は致しかねます。ご了承ください。