

平成27年6月吉日

各 位

## 第34回日本小児歯科学会中部地方会大会および総会のご案内

大会長：星野 周二  
準備委員長：中野 崇

立夏の候、皆様におかれましては益々ご清祥にてお過ごしのこととお慶び申し上げます。

さて、このたび第34回日本小児歯科学会中部地方会大会および総会を下記の要領で行いますのでご案内いたします。多数の方のご参加をお待ちしております。

### 1. 日 時：

大会および総会：平成27年11月23日（祝） 9:10～16:30（受付開始9:05）

懇親会：平成27年11月22日（日） 18:30～20:30

### 2. 会 場：

大会および総会：穂の国とよはし芸術劇場 PLAT アートスペース  
〒440-0887 愛知県豊橋市西小田原町123番地

懇親会：同 上

### 3. 大会テーマ：「“みる”からはじまる子どもの歯科医療」ー地域のなかで私たちができることー

### 4. 大会内容：

#### 1) 特別講演

口の発達を支援するー子どもと口の未来のためにー  
坂下 玲子 先生（兵庫県立大学 看護学部教授）

#### 2) シンポジウム

学校（園）歯科健康診断の盲点を考える

ー学校（園）歯科医と小児歯科医の共通認識を求めてー

佐藤 厚 先生（コーディネーター：さとう子ども歯科医院）

(1) そうだったのか！ 学校歯科ー学校歯科健康診断編ー

久田 徳彦 先生（愛知県歯科医師会学校歯科保健部）

(2) 学校歯科健康診断は何が変わり、小児歯科医はどうすべきか

犬塚 勝昭 先生（いぬづか子供歯科クリニック）

(3) 小児歯科医が関わった学校歯科健診後の勧告用紙改善までの経緯とその後

佐藤 厚 先生（さとう子ども歯科医院）

#### 3) 教育講演

地域医療における発達障害を疑う患者への対応

ーある発達障害児への支援が自律へー

(1) 発達障害の子どもを持つ父親の立場からー子どもから学んだことー

佐藤 公彦 先生（豊川市歯科医療センター障害者歯科担当歯科医師）

(2) 発達障害児への食事支援のための筋機能訓練

榊原 裕子 先生（豊川市歯科医療センター障害者歯科担当歯科衛生士）

4) 歯科衛生士セミナー

“みる”からはじまる東三河の小児歯科 ―小児期における口腔保健管理の実際―

福田 理 先生 (コーディネーター：愛知学院大学歯学部小児歯科学講座教授)

- (1) 小児歯科専門医院の立場から 北川 真奈美 先生 (星野小児歯科)
- (2) 一般歯科医院の立場から 大澤 佳代 先生 (わたつ橋歯科医院)
- (3) 小児歯科専門医の所属する一般歯科医院の立場から 関原 愛 先生 (今泉歯科)
- (4) 歯科衛生士学校の教育の立場から 清水 里子 先生 (豊橋歯科衛生士専門学校)

5) ポスター発表

- (1) 一般演題発表
- (2) 専門医・認定医資格更新ケースプレゼンテーション

6) 総会

7) 商業展示

5. 参加登録：

参加登録費 歯科医師：5,000円 (※事前登録費 4,000円)

歯科衛生士・その他：3,000円 (※事前登録費 2,000円)

懇親会参加費 歯科医師：6,000円 (※事前登録費 5,000円)

歯科衛生士・その他：5,000円 (※4,000円)

\*参加登録および懇親会参加登録は、当日受付での混雑を避けるため、なるべく事前登録をお願いします。

事前登録される方は9月30日(水)までに下記口座への振込をお願いします。振込に際しましては  
お手数ですが、各自で個人の特定ができるように、本人の氏名(カタカナ)を記載の上、振込いただき  
ますようお願いいたします。(振り込み用紙を使用して連名で振り込まれる場合は必ず、連名者がわか  
るように、コピーをFAXにて事務局まで送信下さい)。

\*振込手数料は各自ご負担下さい。

\*専門医・認定医資格更新ケースプレゼンテーションを行う場合には、参加登録費とは別に3,000円  
必要です(学会当日受付にて集めさせていただきます。)。

【銀行名】：豊川信用金庫

【銀行コード】：1557

【店名(店番)】：牛久保(002)

【預金種目】：普通

【口座番号】：4280589

【口座名(漢字)】：第34回日本小児歯科学会中部地方会

【口座名称】：ダイサンジュウヨンカイニホンシヨウニシカガツカイチュウブチホウカイ

前納期限：9月30日(水)

6. 一般発表 演題募集要項：

1) 発表形式

形式はポスターによる展示発表のみとなります。発表者は事前ならびに事後の抄録に関して、必ず所定の形式での提出をお願いします。詳細につきましては、お申し込みをされた先生に対して後日お知らせいたします。日常の小児歯科臨床に役立つ内容を主体として発表をご検討下さい。

\*ヒトに関するご発表は倫理規定に抵触しないようお願いいたします。

症例発表の場合には、患者さんから同意を得ていることを抄録に記載して下さい。

2) 申込方法

同封の「演題申込書」に必要事項をご記入の上、「配達記録郵便」にて事務局までご郵送下さい。

3) 申込締切日

演題申込：平成27年7月10日（金）必着

事前抄録：平成27年8月20日（木）必着

4) 発表者の資格

共同演者を含む発表者は、すべて日本小児歯科学会の会員で、かつ平成27年度の会費を納入された方に限ります。入会手続きに関しましては（財）口腔保健協会（〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9 駒込TSビル TEL:03-3947-8891）へお問い合わせ下さい。

7. 専門医・認定医資格更新ケースプレゼンテーション演題募集要項：

1) 発表形式

形式はポスターによる展示発表のみとなります。発表者は事前ならびに事後の抄録に関して、必ず所定の形式でご提出をお願いいたします。詳細につきましては、お申し込みをされた先生に対して後日お知らせいたします。

2) 申込方法、申込締切日、発表者の資格

申込方法、申込締切日、発表者の資格は一般発表と同じです。ただし、専門医・認定医資格更新ケースプレゼンテーションの申込者は、「資格更新用ケースプレゼンテーション発表申込書」の提出が合わせて必要となります。日本小児歯科学会ホームページに掲載されておりますので、ダウンロードして必要事項をご記入の上、演題申込書とともにご郵送下さい。

また、発表手続きの手順および発表内容につきましては、同封の別紙「日本小児歯科学会専門医・認定医更新用発表について」をご参照下さい。

なお、連名での発表は一般発表でお申し込み下さい。

8. 託児施設について：

本大会では託児室を設置いたします。託児室は株式会社トットメイトに委託しております。託児室のご利用を希望される方は、同封の別紙「託児室のお知らせ」をご参照のうえお申し込み下さい。なお、事前予約が必要となり、人数には限りがございますので、ご注意ください。

9. 宿泊：

宿泊に関しましては、各自でご手配をお願いいたします。

10. 事務局

大会に関するご連絡およびお問い合わせ先

第34回日本小児歯科学会中部地方会大会事務局

〒440-0864 愛知県豊橋市向山町塚南14-4 向山フォレスト DUE 2F  
豊橋キッズデンタルクリニック  
準備委員長 中野 崇

FAX：0532-39-7682

E-mail：[jspd34chubu@gmail.com](mailto:jspd34chubu@gmail.com)