



## 歯周治療

### Challenging periodontal regenerative therapy for severe case

演者の臨床には「抜歯か？保存か？の判断基準」など無いに等しいと言えます。われわれ歯科医師の仕事とは、たとえ残せる可能性が数%であったとしても、その歯の保存に一度は全精力を注ぎ込まなくてはならないからです。今回は、そのChallenging Caseを提示することになります。

白石歯科医院 白石和仁 先生（9期）

## インプラント治療

### 欠損補綴治療の進歩と未来

過去50年の間に、遊離端欠損の可撤性部分床義歯のコンセプトは、フレキシブルサポートからリジッドサポートへと変遷し、多くの種類の維持装置が考案されてきた。オッセオインテグレーションインプラントの登場によって、固定性の修復が可能になってきた。本講演では、これまで経験してきた欠損補綴法の変遷について解説する。

福岡歯科大学 咬合修復学講座 口腔インプラント学分野 城戸寛史 先生（6期）



## 「これまでの50年、これからの50年を考える歯科医療」

2023年2月26日（日）9:30~16:30



## 包括歯科治療

### 咬合再構成を極める歯列不正、歯周疾患、多数歯欠損を読み解く

咬合に問題を抱えている患者に対して良好な口腔内環境を永續させるためには、顎口腔系の調和を図る必要がある。今回は様々な病態を分類し、それぞれが持つ特徴と治療のポイントを解説してみたい。

うえだ歯科医院 上田秀朗 先生（5期）

## 精密歯科治療

### 精密歯科治療の勧め ー良好な長期予後を求めてー

歯科医療の進歩は目覚ましく、近年では様々な分野でアナログからデジタルへの移行してきている。その中で、診断・治療のツールとして私が臨床に歯科用マイクロスコープを応用するようになって20余年が経つが、多くの点で拡大視野下での歯科治療のメリットを感じる事が多い。今回は、拡大視野下の治療例を中心に長期症例も含めてお話をしたい。



川崎歯科医院 川崎俊明 先生（1期）

詳細お申込みは裏面へ▶

日時：2023年2月26日(日) 09:30 - 16:30 定員：200名 ※オンデマンド参加は無制限

会場：福岡歯科大学50周年記念講堂 〒814-0193 福岡市早良区田村 2 丁目 15-1

当日昼食時に本学、新医科歯科総合病院の見学ツアーを予定しています。変わりゆく福岡学園・福岡歯科大学を見学してください。

#### 【受講料】

- |                             |          |
|-----------------------------|----------|
| ① 福岡歯科大学同窓会 2021 年会費納入者     | 10,000 円 |
| ② その他歯科医師                   | 12,000 円 |
| ③ 臨床研修医・コンデンテルスタッフ（衛生士、技工士） | 3,000 円  |
| ④ 学生・大学院生                   | 無 料      |
| ⑤ 福歯大臨床研修終了後 1 年以内の歯科医師     | 無 料      |



↑ 参加申込み

本会講演会は、「リアル開催」とオンラインで後日「見逃し配信」として、視聴ができるハイブリット形式による講演会です。オンラインでの「見逃し配信」のみでもご参加いただけます。参加申込は、QR コードまたは Fax から手続きを行ってください。受講料は指定口座へお振り込みをさせていただき、入金と受講確認をもって参加登録と致します。入金後のキャンセルによる返金は致しかねますので予めご了承ください。なお、QR コードからの申込はクレジット決済が行えます。

オンデマンドでの参加は、各自にお持ちの端末の動作環境等をご確認いただきますようお願いいたします。尚、参加に当たっては、著作権を遵守し講演の撮影、録画・録音等のコピーを行わない事に同意をお願いします。

#### 【申込要領】

**締 切** 2023 年 2 月 14 日（火）

**振 込 先** 口座名「福岡歯科大学同窓会」  
西日本シティ銀行 野芥支店(店番 483) 普通口座 0089209

**問 合 せ** 福岡歯科大学同窓会事務局 〒814-0193 福岡市早良区田村 2 丁目 15-1  
Tel 092-863-2966 Fax 092-863-2967 E-mail academic@fdc-dousou.com

※新型コロナウイルス感染症に伴う緊急事態宣言等発令や大きな自然災害が発生した場合、止む得ず講演会開催を延期または中止する場合があります事を予めご了承ください。何卒ご理解ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

#### 第35回学術講演会申込 (FAX)

氏名	日歯生涯研修 ICカード番号 (6桁)	
歯科医師の場合：1.福歯大卒 期 2.その他大		
e-mail	電話/FAX	/
住所	勤務先名	
(自宅・勤務先) 〒		
受講料区分	参加方法	<input type="checkbox"/> 現地参加+オンデマンド
① ② ③ (衛生士・技工士) ④ (学生・院生) ⑤		<input type="checkbox"/> オンデマンドのみ
振込名義 (申込者と違う場合)		
申込情報先	同意について	著作権遵守に対し <input type="checkbox"/> 同意します。
<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> メールマガジン <input type="checkbox"/> その他		