

## 睡眠医学を学ぶチャンス!

本セミナーは、日常臨床に生かすために睡眠学を勉強したい先生、地域医療の中で医科とのコミュニケーションに役立たせたい先生、PSGを実際に見てみたい先生、将来的に認定医を目指している先生など、さまざまなニーズに対応しています。日本睡眠学会の認定試験を受験される方にとっても有益となるようにプログラムしていますので、受験対策としてぜひご利用ください。皆様方のご参加をお待ちしております。



The Japanese Academy of  
Dental Sleep Medicine

# 睡眠



■日 時／

令和2年3月1日(日)

《10:00～16:30》※遅刻や早退者には受講証明書を発行できませんのでご了承ください。

■参加費／歯科医師・医師 12,000円  
コメディカル 4,000円

定 員：80名 (申し込み受付は先着順です)  
\*定員になり次第締め切らせて頂きます。

参加資格：日本睡眠歯科学会の会員であること  
非会員の方は学会ホームページよりご入会ください。

## 歯科医師のための睡眠学セミナー



スケジュール 9:30 受付開始

10:00～10:10 概要説明

10:10～12:30 【講義】睡眠学

スリープ・サポート クリニック  
林田健一 (精神科医師)

12:40～13:10 【ランチョンセミナー】

Oral Appliance 治療の実際

大阪歯科大学附属病院 睡眠歯科外来 奥野 健太郎 (歯科医師)

13:30～16:00 【講義・実演】

終夜睡眠ポリグラフ検査 (PSG)

大阪回生病院睡眠医療センター 村木 久恵 (臨床検査技師)

16:00～16:30 総括

# 医学

■場 所／大阪歯科大学附属病院  
西館5階 臨床講義室

〒540-0008 大阪府大阪市中央区大手前1丁目5-17

- 京阪電車「天満橋駅」  
京阪シティモール方向を東へ進み、OMMビルの向かい
- 大阪メトロ谷町線「天満橋駅」  
①番出口を出て、OMMビルの向かい



### 参加申込方法

■下記参加申込票に必要事項を記入しFAX・Eメールにて受付事務局までお送りください。

【受付事務局】株式会社ケイコンベンション内

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-27-2 山本ビル2階

TEL03-5367-2382 E-mail:jadsm-seminar@k-con.co.jp

■締切期日／2020年2月14日(金)到着まで

振込期日／2020年2月18日(火)必着まで

※締切日までにお申込みを頂いた方へお弁当を用意いたします。

■参加費は受講者名にて下記へお振込ください。

三井住友銀行 本店営業部 普通 2986501

特定非営利活動法人日本睡眠歯科学会学術教育

※お振込手数料は各自ご負担ください。

※ご入金後のキャンセル返金は2月19日(水)までに、受付事務局へご連絡いただいた方のみ対応させていただきます。

※参加登録は入金の確認をもって完了とさせていただきます。

### 参加申込書

|             |                                                                                                         |        |                                                                          |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ<br>ご氏名 |                                                                                                         | ご所属機関名 |                                                                          |
| 連絡先ご住所      | 〒                                                                                                       | E-Mail |                                                                          |
| TEL/FAX     | /                                                                                                       | 睡眠歯科学会 | どちらかに<br>チェック <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 入会申請中 |
| 参加費         | どちらかに<br>チェック <input type="checkbox"/> 歯科医師・医師<br>(12,000円) <input type="checkbox"/> コメディカル<br>(4,000円) |        |                                                                          |

FAX送信先：03-5367-2187