



O.S.I. Study Club 第6回 Conference

O.S.I. Study Clubの第6回Conferenceでは、春のConference恒例の海外招待演者による特別講演会を実施致します。
 今回、ご講演いただくLyndon Cooper先生とは、2008年の顎咬合学会においてO.S.I.大阪主幹の伊藤雄策先生、O.S.I.東京の寺西邦彦先生とのコラボレーションによるシンポジウムを実施しており、O.S.I.ともゆかりのある先生です。アメリカにおけるインプラント審美修復の最新トピックスを中心にご講演をいただく予定です。皆様のご参加をお待ちしております。

O.S.I. Study Club 会長
松川 真敏



Lyndon F. Cooper, DDS, PhD

Chair and Distinguished Professor, Department of Prosthodontics,
School of Dentistry, University of North Carolina

Dr. Lyndon Cooper は、ニューヨーク大学歯学部を卒業後、ロチェスターのイーストマンデンタルセンターの Dentist-Scientist Program により補綴家としてのトレーニングとともに生化学の基礎研究によりPhDの学位を授与され、その後、NIDRを経て米国ノースカロライナ大学歯学部補綴学講座の教授に就任している。1997年にはYoung Prosthodontists Awardを受賞し、補綴専門医として臨床や学生・レジデントの指導に携わるだけでなく、生化学、分子生物学の講義も担当している。

日時 2010年3月21日(日) 9:30~17:00
開場:9:00

会場 Tokyo Midtown Hall & Conference Room7 4F
〒107-0052 東京都港区赤坂9-7-1 TEL.03-3475-3103

参加費	会員	非会員
歯科医師	¥ 5,000-	¥ 25,000-
パラデンタル	¥ 1,000-	¥ 3,000-

Study Club 新規入会希望

	入会金	年会費	合計
歯科医師	¥10,000-	¥10,000-	¥20,000-
パラデンタル	¥1,000-	¥1,000-	¥2,000-

主催 Osseo Skarp Institute Study Club (O.S.I. Study Club)

協賛 アストラテック(株)、(株)マテリアライズ デンタル ジャパン、(株)RHC、ユニット(株)、(株)ヨシダ、日本メディカルネットコミュニケーションズ(株)、クインテッセンス出版(株)、ペントロン・ジャパン(株)、(株)モリタ、(株)城楠歯科商会、(株)プロシード、(株)コアデンタルラボ横浜

スケジュール

9:30-12:00	Lyndon Cooper先生特別講演①
12:00-13:00	昼食休憩
13:00-15:00	Lyndon Cooper先生特別講演②
15:00-15:15	休憩
15:15-17:00	会員発表

参加申込先

OSIスタディクラブ事務局 担当:樋口
 TEL: 03-3538-4023 FAX: 03-3538-4022
 e-mail: osi_study-club@link-tourist.co.jp
 参加費をお振込の上、上記までFAXもしくはe-mailにてお申し込み下さい。

参加費振込先口座

三菱東京UFJ銀行 六本木支店 (普)1659762
 口座名義: OSIスタディクラブ 松川真敏
 (オーエスアイスタディクラブ マツカワマサトシ)

O.S.I. Study Club 第6回 Conference 参加申込書 FAX送信先 03-3538-4022

<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 (印をつけて下さい)			
氏名		歯科医院名	
住所			
TEL		FAX	
OSI Club会員	歯科医師 ¥5,000-	パラデンタル ¥1,000-	非会員 歯科医師 ¥25,000- パラデンタル ¥3,000-
※ 以下個人情報に関する内容に、 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。(印が付いていない場合は、「同意します」とさせていただきます。)			

本セミナーの参加お申込みにより取得した個人情報は弊社社内規程により厳重に管理致します。また、取得した個人情報は、出席者の情報を提供するために、当社と共催致します主催者、後援者および協賛者欄に記載の企業と共同利用致します。共同利用する個人情報は、氏名・医院名・住所・電話番号・FAX番号です。取得した個人情報は、外部委託致しません。個人情報の利用目的は下記の通りです。

1. 研修会お申込みに伴うご連絡 2. 弊社の取り扱う他の商品のセミナー・サービスなど各種情報のご案内

各種情報の案内をご希望されない場合は右記に印をお付け下さい。 各種情報・案内を希望しない (印が付いていない場合は、「希望する」とさせていただきます。)