

第 26 回日本口腔感染症学会総会・学術大会

機器・医薬品展示のご案内

第 26 回日本口腔感染症学会総会・学術大会

大会長 嘉悦 淳男

(豊橋市民病院歯科口腔外科 部長)

謹啓

時下、貴社におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。また日頃より、格別のご理解、ご協力を賜り厚く御礼申しあげます。

この度、平成 29 年 11 月 11 日（土）～12 日（日）の 2 日間、豊橋市の穂の国とよはし芸術劇場 PLAT におきまして、第 26 回日本口腔感染症学会総会・学術大会を開催させていただくことになりました。

本学術大会は口腔に関わる様々な感染についての研究および院内感染に関する研究の進展と知識の普及を図り、もって我が国における学術の発展に寄与するとともに国民の健康増進に資することを目的とする本学会の趣旨に則り、本学会会員の研究成果の発表の場所を提供し臨床技能の研修と会員相互の情報交換を図るために年 1 回開催されています。本学術大会には、約 200 名の参加が予想されます。

つきましては、本学術大会におきまして、機器および医薬品の展示コーナーとして、参加いただく先生方への広報の場を設けますので、是非とも貴社のご賛同を賜りますようお願い申し上げます。

諸事ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本学術大会を実り多きものにするため、格別のご援助ご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

末筆ながら、貴社の一層のご発展を祈念致しております

謹白

平成 29 年 6 月吉日

1. 開催概要

【大会名】 第26回日本口腔感染症学会総会・学術大会

The 26th Annual Meeting of Japanese Association for Oral Infectious Diseases

【テーマ】 「信頼に応え地域に開かれた診療を目指して」

【会期】 2017年11月11日（土）・12日（日）

【会場】 穂の国とよはし芸術劇場 PLAT (<https://www.toyohashi-at.jp/index.php>)

〒440-0887 愛知県豊橋市西小田原町123番地

【大会長】 嘉悦 淳男

豊橋市民病院 歯科口腔外科 部長

【演題募集期間】 2017年7月3日（月）～9月20日（水）

【日程】 11月11日（土）～11月12日（日） 学術大会・総会

11月11日（土） 認定委員会、理事会、評議員会、会員懇親会

【プログラム】

特別講演

教育講演

シンポジウム

日本歯科薬物療法学会との合同シンポジウム

セミナー

一般演題（口演）

ICD講習会

【概要掲載 HP】

豊橋市民病院 HP 内（歯科口腔外科部門紹介ページ）に案内の掲載がございます。

https://www.municipal-hospital.toyohashi.aichi.jp/department/shikakoku_geka/

【事務局】

豊橋市民病院 歯科口腔外科

(<https://www.municipal-hospital.toyohashi.aichi.jp/>)

〒441-8570 愛知県豊橋市青竹町字八間西50番地

Email : gakkai26@toyohashi-mh.jp

TEL : 0532-33-6111（代表）、FAX : 0532-33-6177（代表）

大会長：嘉悦淳男、準備委員長：白水敬昌、実行委員長：寺沢史誉

2. 展示募集要項

- 会場 : 穂の国とよはし芸術劇場 PLAT 創造活動室 A (会員休憩室)
- 出展スペース : 150 cm×60 cm程度の会議用テーブル1脚を用意します。
パネル等を立てる場合は貴社でご用意いただき責任もって撤去してください。
- 出展料 : ¥60,000-

3. 申し込み・お振り込みについて

- 申込方法 : 「機器・医薬品展示申込書」(別紙)にご記入をお願いします。
下記の運営事務局アドレスまで、「展示申込(社名)」という件名で、申込書を添付し、メールで大会長(嘉悦)宛に送信ください。

Email : gakkai26@toyohashi-mh.jp

- 出展料のお振込について : 下記口座にお振込をお願いします。出展料の払い戻しは致しませんので、ご了承ください。(振込手数料は貴社にてご負担いただきますようお願いいたします。)

名古屋銀行 豊橋支店 (店番 236)

口座番号 : 3508306 普通

名義 : ニホンコウクウカンセンシヨウガツカイ トヨハシ

- 申込期日 : 平成 29 年 9 月 20 日
ただし申し込み多数の場合は予告なく締め切る場合がございます。

第 26 回日本口腔感染症学会総会・学術大会
大会長 嘉悦淳男 宛

第 26 回日本口腔感染症学会総会・学術大会
機器・医薬品展示申込書

平成 年 月 日

貴社名：

ご住所：〒

ご担当部署：

ご担当名：

電話：

ファックス：

e-mail：

@

その他、ご希望・ご質問などございましたら

gakkai26@toyohashi-mh.jp

まで e-mail ください。