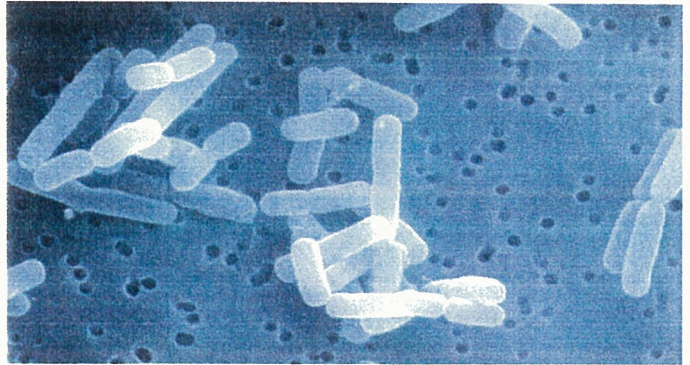




第1回 バクテリア・セラピスト 認定研修会



治療から予防へという歯科医学の流れは大きな変革をもたらし、いよいよ本格化して参りました。こうした時代を背景に登場したプロバイオティクスはバクテリア・セラピーの名のもとに急速に普及しています。専門的な知識の獲得も急務であります。つきましては日本アンチエイジング歯科学会では『バクテリア・セラピスト』を養成し、日常診療の中で活躍していただくことを目的に右記のように認定研修会を開催する運びになりました。奮って参加されますことをおすすめいたします。

日本アンチエイジング歯科学会
会長 松尾 通

講師



松尾 通

(日本アンチエイジング歯科学会 会長)

『総論：バクテリアセラピーとは…』



武内 博朗 先生

(神奈川県開業 鶴見大学歯学部臨床教授)

『ヘルシーライフプロモーション』



アンダース・サックリソン 先生

(スウェーデン バイオガイア社 取締役副社長)

『プロバイオティクスと予防歯科』

協賛 BioGaia. バイオガイアジャパン株式会社

日時

平成24年1月29日(日)
10:00～16:30

会場

アートヴィレッジ大崎セントラルタワー
9F アクセスホール
品川区大崎1-2-2 (JR大崎駅 徒歩3分)

募集人員

100名(先着順)

受講料

日本アンチエイジング歯科学会

会員 15,000円

非会員 20,000円

認定試験合格後、認定登録料(5年間有効)
会員20,000円、非会員30,000円が別途必要となります。

なお、非会員の資格認定も行ないませんが、原則として学会への入会を希望しています。

受講資格

歯科医師/医師

申込先

日本アンチエイジング歯科学会

渋谷区円山町5-4-201

TEL/FAX 03-3477-1085

申込方法

下記の参加申込書にご記入の上、FAXにてご送信下さい。また参加費を個人名にして下宛宛にお振込下さい。お振込をもって申込登録完了といたします。なお参加費の返却は致しかねますのでご了承下さい。やむを得ない場合、代理人の方を参加させて下さい。

振込先

三菱東京UFJ銀行 中目黒駅前支店

普通口座 0002749

口座名 日本アンチエイジング歯科学会

日本アンチエイジング歯科学会『バクテリア・セラピスト認定研修会』申込書 FAX 03-3477-1085

フリガナ		所 属		○をお付けください。 1. 歯科医師 (会員) 2. 歯科医師 (非会員) 3. 医師 (会員) 4. 医師 (非会員)
氏 名		TEL		
ローマ字		FAX		
住 所	(〒 -) この住所・電話番号は、どちらの連絡先ですか? (自宅 ・ 診療所)			

個人名で登録をしますので、必ず1名様につき1枚記入して下さい。

予告



日本アンチエイジング歯科学会
バクテリアセラピー研究会主催/スウェーデン大使館後援

第1回バクテリア・セラピスト認定研修会

日本アンチエイジング歯科学会
会長 松尾 通

治療から予防へという歯科医学の流れは大きな変革をもたらし、いよいよ本格化して参りました。こうした時代を背景に登場したプロバイオティクスはバクテリア・セラピーの名のもとに急速に普及をしています。専門的な知識の獲得も急務であります。つきましては日本アンチエイジング歯科学会では『バクテリア・セラピスト』を認定し、日常診療のなかで活躍していただくことを目的に下記のような認定研修会を開催する運びになりました。奮って参加されますことをおすすめいたします。

実施概要

日時

平成24年1月29日(日)
10:00~16:00

会場

アートヴィレッジ大崎セントラルタワー9F
アクセスホール
品川区大崎1-2-2
(JR大崎駅 徒歩3分)

募集人員

100名(先着順)

受講料

日本アンチエイジング歯科学会
会員 15,000円
非会員 20,000円
認定試験合格後、認定登録料(5年間有効)が別途
会員20,000円、非会員30,000円が必要となります。

受講資格

歯科医師/医師

申込先

日本アンチエイジング歯科学会
渋谷区円山町5-4-201

講師

『総論:バクテリアセラピーとは……』

松尾 通
(日本アンチエイジング歯科学会 会長)



『ヘルシーライフプロモーション』

武内 博朗
(神奈川県開業
鶴見大学歯学臨床教授)



『プロバイオティクスと予防歯科』

スヴェン・ツェットマン博士
(デンマーク王立大学)



申込方法

下記の参加申込書にご記入の上、FAXにてご送信下さい。
また参加費を個人名にして下記宛にお振込み下さい。
お振込みをもって申込受付完了といたします。
なお参加費の返却は致しかねますのでご了承下さい。
やむを得ない場合、代理人の方を参加させてください。

振込先

三菱東京UFJ銀行 中目黒駅前支店 普通預金 3558878
日本アンチエイジング歯科学会 会長 松尾 通

日本アンチエイジング歯科学会『バクテリア・セラピスト認定研修会申込書』 FAX 03-3477-1085

フリガナ		所属		○をおつけください。 1 歯科医師(会員) 2 歯科医師(非会員) 3 医師(会員) 4 医師(非会員)
氏名		TEL		
ローマ字		FAX		
住所	(〒) この住所・電話番号は、どちらの連絡先ですか?【自宅・診療所】			

個人名で参加登録をしますので、必ず1名さまにつき1枚記入して下さい。