

メールでお申し込みの方は 氏名・勤務先・職種・ご連絡先を明記の上、  
syoho@osh.or.jp へご連絡をいただきますようお願い致します。  
FAXでお申し込みの場合は下記記入欄をお書きの上そのままお送りください。

FAX 送信票  
(このままでご送信ください)

(公社) 沖縄県小児保健協会 宛て

FAX 098-963-4402

送信者： \_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_

平成27年度 拡大医師研修会  
参加申込書

日 時：平成27年4月25日(土)

午後7時30分～午後9時00分

会 場：沖縄小児保健センター(3階ホール)

南風原町字新川 218-11 TEL 098-963-8462

	氏 名	勤 務 先	該当する項目に○をお付けください
1			小児科医 ・ 歯科医 ・ 研修医
2			小児科医 ・ 歯科医 ・ 研修医
3			小児科医 ・ 歯科医 ・ 研修医
4			小児科医 ・ 歯科医 ・ 研修医
5			小児科医 ・ 歯科医 ・ 研修医

《 申込締切 平成27年4月22日(水) 》

# プログラム

## 平成27年度 拡大医師研修会

日 時 平成27年4月25日（土）  
受 付 午後7時～  
講 演 午後7時30分～9時  
場 所 沖縄小児保健センター 3階ホール  
〒901-1105 南風原町字新川218-11  
主 催 沖縄県歯科医師会・沖縄県小児保健協会・沖縄県小児科医会

司 会 沖縄県歯科医師会 加藤 真由美（くばがわ歯科医院）

### 開会挨拶

公益社団法人沖縄県小児保健協会 会長 玉那覇 榮一（中頭病院）

19:30～21:00（質疑応答含む）

### 講 演

「咀嚼・嚥下の発育と食文化の変遷について

～ 咀嚼から考える小児の健康とは ～

福岡歯科大学成長発達歯学講座

成育小児歯科学分野 教授 尾崎 正雄

21:00

閉 会

\*\* 会 場 地 図 \*\*

