

各 位

ご案内を差し上げておりました、2020年度歯科臨床研修施設説明会 ですが、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、開催期日を8月30日に延期いたしました。下記内容で、再度ご案内させていただきます。

なお、8月30日の開催可否に関しては7月19日までに決定し、御連絡致します。

申込みの締切は5月末と致しますが、参加費等のお支払いは開催確定後（7月30日まで）と致しますので、積極的にご参加申込み頂きますよう、よろしくお願いいたします。

## 2020年度 歯科研修病院説明会 Dental Resident Navigation 2020

### 開催・募集案内（延期後）

開催日時：2020年8月30日（日）

開催場所：一橋大学一橋講堂 中会議室

主 催：一般社団法人 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議

(<https://jcddsuh.or.jp/>)

事務所 東京都江東区深川二丁目4番11号（一ツ橋印刷株式会社内）

一般社団法人全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議

事務局 〒390-8621 長野県松本市旭三丁目1番1号

信州大学医学部歯科口腔外科学教室内

Tel. 0263-37-2677, Fax. 0263-37-2676

令和2年3月吉日

各 位

一般社団法人 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議  
理事長 飯野光喜  
事務局 栗田 浩（文責）

**歯科臨床研修施設説明会（2020年度） Dental Resident Navigation 2020**  
**開催案内および参加施設募集**

拝啓 貴社におかれましては、益々ご隆盛のこととお喜び申し上げます。

平素より格別のご高配を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

さて、歯科医師臨床研修制度は平成18年4月から必修化され、多くの歯科医師が卒後臨床研修を行っております。次世代を担う歯科大学の学生や研修歯科医が、多様なキャリアパスを描けるよう研修施設の充実や、カリキュラム・研修内容の工夫が求められています。全国の医学部附属病院を含む病院歯科・口腔外科施設では、歯科医療と医療や介護分野等との連携を担う歯科医師の養成に尽力しているところではありますが、依然として地方の大学病院、市中病院で研修を行う歯科研修医は少なく、研修医集めに苦勞しているのが現状です。地方の病院は、病院をアピールする機会も少ないことや、学生からみると病院を訪れてみる（見学等）の余裕、時間、伝手が無いことも一因ではないかと思われまます。そこで、医科のようにレジナビ（研修病院説明会）の歯科版を全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議で開催することになりました。歯科学学生、歯科臨床研修医を対象に、全国の医学部附属病院および病院歯科口腔外科の紹介および出会いの場を提供するものです。本会の開催により、地方および病院歯科口腔外科施設での研修機会が増加し、地域の医療・歯科医療の充実、全身の健康に貢献できる歯科医師の養成の一助になることを願っています。

つきましては開催案内をお送り致しますので、ご一読およびご検討頂き、是非ご参加いただきますようお願い申し上げます。

末筆になりましたが、皆様の益々のご繁栄を心よりお祈り申し上げます。

## 開催概要

1. 会の名称 2020 年度 歯科研修病院説明会 Dental Resident Navigation 2020
2. 開催日時 令和 2 年 8 月 30 日（日） 13-17 時（予定）  
開催可否の決定は 7 月 19 日（日）までに御連絡致します。
3. 開催会場 一橋講堂 中会議室  
〒101-8439 東京都千代田区一ツ橋 2-1-2  
TEL.03-4212-3900、FAX.03-4212-3910
4. 会議の主催者 一般社団法人 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議  
理事長:飯野光喜（山形大学 歯科口腔外科）  
理事：丹沢秀樹（千葉大学）、栗田 浩（信州大学）、山本 学（滋賀医科大学）、野口 誠（富山大学）、横尾 聡（群馬大学）、柴田敏之（岐阜大学）、桐田忠昭（奈良県立医科大学）、金村成智（京都府立医科大学）、渋谷恭之（名古屋市立大学）、岸本裕充（兵庫医科大学）、安藤智博（東京女子医科大学）、濱田 傑（近畿大学）、近津大地（東京医科大学）
5. 事務局 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議事務局  
〒390-8621 長野県松本市旭三丁目 1 番 1 号  
信州大学医学部歯科口腔外科学教室内  
Tel. 0263-37-2677, Fax. 0263-37-2676  
担当：栗田 浩、盛岡昌史  
E-mail：[dtc20c02@shinshu-u.ac.jp](mailto:dtc20c02@shinshu-u.ac.jp)
6. 会議の規模 参加病院 50 病院（予定）  
歯科学生・歯科臨床研修医の参加 300 名（予定）
7. 内容 各臨床研修施設のポスターなどの展示・ブースをつくって学生との面談等を予定。  
・歯科学生を対象：卒後臨床研修施設および研修内容の紹介

・臨床研修歯科医を対象：歯科医師臨床研修終了後の後期研修施設  
および研修内容の紹介  
歯科に関連する企業紹介・企業展示（ブース）

## 参加施設 募集要項

### 1. 参加料

#### (1) 病院ブース

1小間（W2,700mm×D2,700mm）につき 20,000 円(税込)

\*壁面パネル・机・イス（4脚）、電源・蛍光灯・クロス等はオプションになります。

#### (2) ポスター

1区画（1,800mm×900mm）につき 10,000 円(税込)

2. 募集予定数 病院ブース 38 小間、ポスター 12 区画

3. 予定レイアウト（別紙参照）

### 4. 参加規程

(1) 小間の形態 間口 2,700mm×奥行き 2,700mm

(2) 小間の配列・配置

①参加者相互より希望があった場合、隣接して配置することができます。

②小間の割当は、申込み締切後に主催者が決定いたします。決定された小間の割当に対する異議申し立てはできませんので予めご了承ください。小間割決定後、ご連絡いたします。

③参加者が主催者の許可なく、小間の全部または一部を第三者に譲渡・貸与もしくは、参加者同士において交換することはできません。

④参加者の数により、小間のサイズや配置が変更になることがあります。

(3) 出展申込みの取消または内容変更

①申込形態の如何に拘らず、参加申込みの取消または申込内容の変更は認められませんが、やむなく取消もしくは申込み内容変更を行う場合には、明記した文書を主催者に提出し、承諾を得てください。

②参加を取消された場合、参加料金の返却は致しませんのでご了承ください。

(4) 搬入・搬出（予定）

搬入・設営：8月30日(日) 10:00 から

撤去・搬出：8月30日(日) 17:00 以降

(5) 禁止行為

会場の備品、控室、スペース、壁面を勝手に使用しないで下さい。

会場において、本会の品位を下げるような行為およびVTR・ナレーション等の音量など他の参加者の迷惑になるような行為は避けて下さい。

(6) その他

①出展物の管理

参加者は、搬入・撤去などを通じての事故防止に努めて下さい。

主催者は、最善を尽くして会場全体の管理保全にあたりますが、盗難損傷、紛失、火災、天災、不可抗力などによる損害に関する保障や責任は負いません。

②開催の変更・中止

主催者は、天災、その他不可抗力の原因により会期を変更し、または開催を中止することがあります。参加者は、これによって生じた損害を保証致しません。

参加申込みは、変更された会期等について有効とし、会期変更などを理由として参加取消しをすることはできません。

③説明会は予定しておりません。

④会期中を通じ会から駐車券の無料配布はございません。

5. 申し込み方法：

同封の申し込み用紙に必要事項をご記入の上、郵送あるいはFAXにて下記へお送り下さい。

6. 問い合わせ・申込先：

全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議事務局

〒390-8621 長野県松本市旭三丁目1番1号 信州大学医学部歯科口腔外科学教室内

Tel. 0263-37-2677, Fax. 0263-37-2676

担当：盛岡昌史

E-mail：[dtc20c02@shinshu-u.ac.jp](mailto:dtc20c02@shinshu-u.ac.jp)

7. 申し込み締切：令和2年5月31日（日曜日）

出展料締切：令和2年7月31日（金曜日）

8. 出展料振込先：八十二銀行 信州大学前支店

普通預金 店番号 421 口座番号 916287

口座名義 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議事務局 代表 栗田浩

ゼンコカガクブフゾクビョウインシカウカウケカチョウカイジムキョクダヒョウクリタヒロシ

## 9. その他

小間割り当て、電源等追加の手配につきましては、7月下旬に改めて運営事務局より案内いたします。なお、追加手配にかかる費用につきましては、手数料として15%を申し受けますので、予めご了承ください。

申込用 FAX:0263-37-2676

信州大学医学部歯科口腔外科

2020 年度 歯科研修病院説明会

Dental Resident Navigation 2020

事務局 盛岡昌史 宛

令和 年 月  
日

## 申込書

下記のとおり、2020 年度 歯科研修病院説明会 Dental Resident Navigation 2020 への

病院ブース ポスター展示

(該当部分に○) を申し込みます。

病院名(部署) : \_\_\_\_\_

ご担当者氏名 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

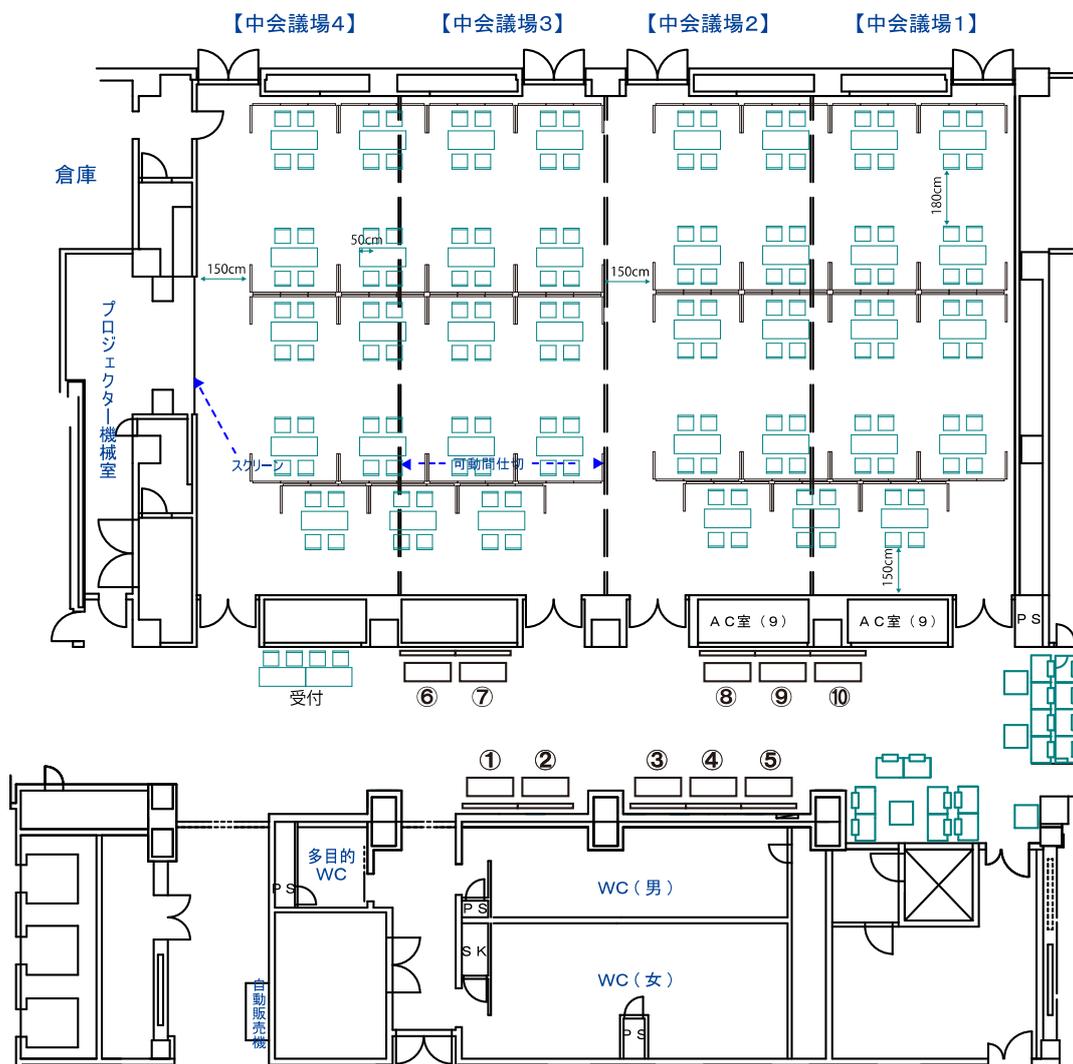
E-mail : \_\_\_\_\_

その他・連絡事項：

事務局欄	受付日	受付番号	備考
------	-----	------	----

# 2020年度 歯科研修病院説明会

## B会場一般口演・ポスター会場【2F 中会議室(1)～(4)】



説明会ブース (38ブース)  
W2700mm×D2700mm

企業展示ブース (10ブース)  
W1800mm×D900mm

\*パネル1枚幅

90cm

\*テーブル

(W1500xD600)