

特定非営利活動法人

日本がん口腔支持療法学会

第 2 回学術集会趣意書

会長 百花草 健圭志

静岡県立静岡がんセンター 歯科口腔外科部長

## ご挨拶

謹啓

貴社におかれましては、時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。  
平素は格別のご厚誼を賜り、厚く御礼申し上げます。

さてこの度、日本がん口腔支持療法学会第2回学術集会を2016年12月17日(土)～12月18日(日)に、静岡県立静岡がんセンター研究所で開催させていただくことになりました。  
一般演題募集を含めた学術集会形式は初めての試みです。

本学会は平成28年2月にNPO法人を立ち上げ、今回の第2回学術集会では日々がん患者を口からサポートし診療を行っている歯科医師、歯科衛生士だけでなく医師や看護師など約200名の参加が見込まれます。多くの仲間が集まり、情報交換・討議の場となり、口腔支持療法の発展とがん医療の向上につながることを期待しています。

本学会開催にあたりまして、貴社におかれましては開催概要等をご参照いただき、本学会への絶大なるご支援を賜りますよう、お願い申し上げます。

末筆でございますが、貴社の益々のご繁栄を心より祈念申し上げます。

謹白

平成28年10月吉日

日本がん口腔支持療法学会第2回学術集会  
会長 百 合 草 健 圭 也  
静岡県立静岡がんセンター 歯科口腔外科 部長



## 学会概要

### 1. 学会の名称

特定非営利活動法人 日本がん口腔支持療法学会第2回学術集会  
「Provide appropriate intervention at the appropriate time」

### 2. 主催機関の名称及び責任者

静岡県立静岡がんセンター 歯科口腔外科部長 百合草健圭志

### 3. 会期

2016年(平成28年)12月17日(土)～12月18日(日)

### 4. 会場

静岡県立静岡がんセンター研究所  
〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 TEL:055-989-5222(代)

### 5. 参加予定数

約200人(がん口腔支持療法にたずさわる医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師等)

### 6. 学会の目的と開催意義

がん口腔支持療法の専門領域に関する知識と技術の普及を図り、質の高い充実した治療を寄与することを目的とする。

### 7. プログラム

- |         |             |
|---------|-------------|
| ・総会     | ・一般演題(口演)   |
| ・基調講演   | ・一般演題(ポスター) |
| ・シンポジウム | ・企業展示       |

### 8. 事務局

日本がん口腔支持療法学会 第2回学術集会 第2回学術集会 運営事務局  
静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科 担当：真野多佳子  
〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007  
TEL:055-989-5222 / FAX:055-989-5634  
Email: jaoscc2016\_office@scchr.jp

## 企業出展会 出展募集要項

1. 学会名称：日本がん口腔支持療法学会第2回学術集会
2. 会長：百合草健圭志（静岡県立静岡がんセンター 歯科口腔外科部長）
3. 開催日：2016年（平成28年）12月17日(土)～12月18日(日)
4. 予定参加者数：200人
5. 展示会日程：  
搬入：12月17日(土) 10時以降  
展示期間：12月17日(土) 13:00-17:30 頃（予定）  
12月18日(日) 9:00-16:00 頃（予定）  
搬出：12月18日(日) 16:30-（学会終了後）
6. 展示料金： 1小間 無料 （ただし、担当者毎に学術集会参加証の掲示をすること）
7. 申込方法： 別紙添付の出展申込書に必要事項を明記の上、運営事務局まで E-mail または FAX にてお申し込みください。確認後請求書を送付いたしますので、担当者人数分の学会参加費（¥5,000/人）を指定口座にお振り込みください。お振込みをもちまして正式な申込といたします。なお、通常の学術集会事前登録参加者と同様に12月18日(日)の昼食をご準備させていただきます。
8. 申込締切日： 2016年11月11日(金) 正午  
※注・・・定数になり次第締め切らせていただくことがございます。
9. 小間使用： 展示用机1台：W 1800mm × D 450mm
10. 装飾： 机に敷く布等は、出展者にてご準備ください。原則として、電気設備は使用できません。
11. 出展物の管理： 各出展物の管理は、出展者が行うものとし、展示期間中の出展物の盗難・紛失・災害等の損害に対して補償等の責任は一切負いませんので、ご了承下さい。

12. 振込先：

ジャパンネット銀行 ビジネス営業部（店番号 005）

口座番号：普通預金 1248959

口座名：トクヒニホンカ<sup>〃</sup>ンコウクウシジ<sup>〃</sup>リヨウホウカ<sup>〃</sup>ツカイダ<sup>〃</sup>イニカイガ<sup>〃</sup>クジ ャツタイカイ

13. 問合せ/申込先

日本がん口腔支持療法学会第 2 回学術集会運営事務局

静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科 担当：真野 多佳子

〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007

TEL:055-989-5222 / FAX:055-989-5634

Email: jaoscc2016\_office@scchr.jp

# 日本がん口腔支持療法学会 第2回学術集会 企業展示申込書

日本がん口腔支持療法学会 第2回学術集会 運営事務局行

(静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科 担当：真野 多佳子)

FAX：055-989-5634 / E-mail：jaoscc2016\_office@scchr.jp

締切日：平成28年11月11日（金）

下記の通り申し込みます。

年 月 日

貴 社 名	
郵便番号 住 所	〒 —
部 課 名	
ご担当者名	
E - m a i l	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
参加者氏名	
事前申込	@5,000 円 × 人 = 円
展示内容 展示品名	<p>*ひと小間のみ W1800×D450(机)</p> <hr/>

➤ 希望事項、質問・要望等ございましたらご記入ください。