

# 奥羽大学歯学部同窓会関西支部 学術講演会



奥羽大学 学長  
赤川 安正 先生

～演題～  
**高齢化社会における  
健康と歯科の関係に  
ついて**

超高齢社会における義歯治療の価値  
一なせ行う、どう行う、どう長く使ってもらおう

受賞歴

- 平成25年  
American Prosthodontic Society Golden Medallion Award受賞  
International Association for Dental Research  
Distinguished Scientist Award in Prosthodontics and Implants受賞
- 平成27年  
日本歯科医学会会長賞受賞

ご経歴

- 昭和 50年 広島大学歯学部卒業
- 54年 広島大学大学院歯学研究科歯学臨床系（歯科補綴学第一）単位修得退学
- 55年 歯学博士（広島大学）
- 56年 スウェーデン・イエテボリ大学へ海外研修（昭和57年まで）
- 平成 5年 広島大学歯学部教授（歯科補綴学第一講座）（平成13年まで）
- 6年 日本学術会議第7部 咬合学研究連絡委員会・幹事委員（平成18年まで）
- 8年 文部省在外研究員（イエテボリ大学及びハーバード大学）（平成8年まで）
- 8年 ハーバード大学歯学部客員教授（平成8年まで）
- 10年 Journal of Prosthetic Dentistry, Sponsoring Organization Editor（平成13年まで）
- 12年 広島大学歯学部附属病院院長（平成14年まで）
- 12年 厚生労働省歯科医師試験委員（平成22年まで）
- 13年 広島大学大学院歯薬学総合研究科教授（先端歯科補綴学教室）（平成24年まで）
- 14年 International College of Prosthodontists, Co-President（平成15年まで）
- 15年 日本歯学系学会連絡協議会会長（平成18年まで）
- 16年 International Journal of Prosthodontics, Associate Editor（平成20年まで）
- 17年 厚生労働省今後の歯科保健医療と歯科医師の資質、向上等に関する検討会委員（平成18年まで）
- 17年 社団法人 日本補綴歯科学会 理事長（平成19年まで）
- 17年 厚生労働省 先進医療専門家会議 構成員（平成24年まで）
- 17年 日本歯科医学会常任理事（平成19年まで）
- 18年 日本学術会議連携委員（平成20年まで）
- 18年 有限責任中間法人 日本歯学系学会協議会 理事長（平成22年まで）
- 19年 社団法人日本口腔インプラント学会 理事（平成26年まで）
- 19年 厚生労働省 医道審議会専門委員（歯科医師分科会員）（平成21年まで）
- 19年 Asian Academy of Osseointegration, Co-President（平成20年まで）
- 20年 International Journal of Prosthodontics, Editorial Advisory Board（現在に至る）
- 23年 厚生労働省 医道審議会専門委員（歯科医師分科会員）（平成24年まで）
- 24年 広島大学大学院歯薬保健学研究院教授（先端歯科補綴学研究室）（平成25年まで）
- 24年 厚生労働省 医道審議会委員（平成25年まで）
- 24年 厚生労働省 先進医療会議 技術委員（現在に至る）
- 25年 広島大学名誉教授
- 25年 晴川学舎 奥羽大学 学長（現在に至る）
- 25年 厚生労働省 社会保障審議会臨時委員 統計分科会員（現在に至る）

2016 **2/28** 日

時間 10:30～15:00

場所 ホテル阪急インターナショナル  
6F「ハイビスカス・マーガレット」  
大阪府大阪市北区茶屋町19-19 06-6377-2100

受講料 5,000円（昼食代含む）

日歯生涯研修カードをお持ちの方はご持参下さい。

同窓会関西支部の先生は総会への御出席、年会費12,000円のお振込みも何卒よろしくお願い申し上げます。

申込方法

FAX締切日：2016年2月20日

申込書にご記入の上FAXでお申し込み後、下記の口座までお振込み下さい。恐れ入りますが振込手数料はご自身でご負担下さいませよう  
よろしくお願い申し上げます。ご入金確認後登録完了となり、振込明細書をもって領収書とさせていただきます。

振込先：ゆうちょ銀行 記号番号 14000-14772401 ウネオカ ダイスケ

奥羽大学歯学部同窓会関西支部学術講演会申込書 FAX 06-6845-3820 クラガノ歯科医院

（フリガナ） ご氏名	<input type="checkbox"/> 同窓会会員（ 期卒） <input type="checkbox"/> 一般歯科医師 <input type="checkbox"/> 臨床研修医・学生 <input type="checkbox"/> 技工士・衛生士・助手		
ご住所	〒	TEL	
E-mail	医院名（ )	FAX	