

各都道府県言語聴覚士会 御中

第43回日本顎顔面補綴学会の開催に伴うご支援のお願い

第43回日本顎顔面補綴学会学術大会 大会長 西脇恵子

このたび、下記の要綱で、第43回日本顎顔面補綴学会が都内で開催されます。この学会は、PLPやPAP、スピーチエイド、顎補綴などの口腔内装置や顔面補綴といった、疾病や手術の影響で機能障害のある患者に対する補綴装置の臨床、研究を主体とする学会です。言語聴覚士の領域では、構音障害および摂食嚥下障害のある患者が対象となっています。この装置は、障害の代償手段となり、患者の機能を改善する手段となり得ますが、歯科領域でしか製作できないことから、なかなか均てん化しにくいことが大きな問題となっています。これまで、学会での発表や研究会を開催することなどで、装置を使ったリハビリテーションが広まるように努力してまいりました。本学会は今年で43回という長い歴史の中で、今回初めて歯科医師や医師でない職種が大会長を始め仰せつかることになりましたが、おそらく、これまでの実践を評価していただいたのだと思います。そこで、できるだけ多くの言語聴覚士の方々にご参加いただきたいと考えています。なお、今回は日本言語聴覚士協会および東京都言語聴覚士会から後援をいただいております。学会のプログラムは以下のようなものを予定しております。

お願いしたい支援は以下の3つのパターンがございます。

### 1. 参加による支援

7/24(金) 特別講演1:熊倉勇美先生「言語聴覚士と補綴歯科医の連携—私の30年を振り返る」  
シンポジウム「顎顔面補綴とチーム医療—連携をどう築くか、4つの現場から」  
野原幹司先生(大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部)  
神田亨先生(静岡県立静岡がんセンター)  
猪原健先生(猪原【食べる】総合歯科クリニック)  
久保千穂先生(千里リハビリテーション病院)

7/25(土) ワークショップ「口腔内装置を使ったリハビリテーションのリソースマップ」  
特別講演2:石田勝大先生「顎顔面領域の手術的対応について」(仮題)  
教育研修会「顎補綴治療のストラテジー」  
伏見千宙先生(国立がんセンター中央病院 頭頸外科)  
隅田由香先生(日本歯科大学生命歯学部歯科補綴学)  
名古将太郎先生(千里リハビリテーション病院)  
PAP製作のためのハンズオンセミナー

今年度の学会参加費に限り、言語聴覚士であれば、非会員でも会員価格で参加いただけます。

★事前参加費:6000円(7月10日のお申し込みまで)

★当日参加費:8000円

### 2. 賛助金による支援

できれば、参加いただけることが一番ですが、お越しになれない場合、賛助金によるご支援も募集しております。

一口5000円(何口でも可能です)

申込用紙は最後のページでございます。学会アドレスまでお送りください。 [jamp43@letterpress.co.jp](mailto:jamp43@letterpress.co.jp)

振込先:銀行名:三井住友銀行 八王子支店(843) 口座番号:8689447

口座名義:日本顎顔面補綴学会 第43回総会・学術大会 準備委員長 高島 良代

### 3. 職場にチラシを貼ってくださる、興味のあるご友人をお誘いくださる支援

ホームページからダウンロードできますのでご利用ください。 <https://meeting.letterpress.co.jp/jamp43/>  
なにとぞ みなさまのご支援をいただきたく、よろしくお願ひ申し上げます。

一般社団法人 Japanese Academy of Maxillofacial Prosthetics

# 日本顎顔面補綴学会

第43回 総会・学術大会

話す・食べるを支える顎顔面補綴  
～多職種協働で見える未来～

2026年7月24日(金)・25日(土)

会場: ビジョンセンターグランド東京浜松町

東京都港区芝大門 1-13-9 UD 芝大門ビル 9F

大会長: 西脇 恵子 日本歯科大学附属病院 言語聴覚士室

準備委員長: 高島 良代

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック  
日本歯科大学附属病院 言語聴覚士室

実行委員長: 高橋 賢晃

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック  
日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科



大会 HP

大会事務局: 日本歯科大学附属病院  
運営事務局: レタープレス株式会社  
TEL: 090-7581-7101 FAX: 082-844-7800  
E-mail: jamp43@letterpress.co.jp

# 寄附申込書

年 月 日

## 第43回日本顎顔面補綴学会 宛

第43回日本顎顔面補綴学会総会・学術集会の事業趣旨に賛同し、以下の金額を寄附いたします。

寄附金額:                      円

御芳名 (法人様の場合は、代表者の役職・御芳名をご記入ください。)

御会社名 (個人様の場合は、ご記入は不要です。)

御住所

御連絡先アドレス

お振込予定日(目安の日程で結構です。)            年            月            日頃

振込先: 銀行名: 三井住友銀行 八王子支店(843) 口座番号: 8689447  
口座名義: 日本顎顔面補綴学会 第43回総会・学術大会 準備委員長 高島 良代  
(振込手数料は寄附者のご負担となります。ご了承ください。)

本学会のホームページ等への寄附者の氏名を記載することについて  
(次のいずれかにレ点をつけてください。)  承諾する・ 承諾しない

注 事務処理上での連絡担当者をお知らせください。(上記と同じ部分は省略可)

所属部課名

担当者氏名

連絡先所在地

連絡先電話

連絡先アドレス

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_