



The Dental Health Associates デンタルヘルスアソシエートセミナー



確実に患者満足度が上がる！ 保険診療でも製作できる“リンゴ丸かじりができる”全部床義歯 ～今井メソッド(すっぽん)デンチャー実習コース～ (人工歯の排列・咬合，基礎床粘膜面の適合調整，咬座印象)

今井メソッドデンチャーは“すっぽんデンチャー”とも呼ばれ、一度食いついたら離れない“すっぽん”をモチーフとした全部床義歯です。その製作は“支持・把持・維持”にこだわり、機能時の力学的安定を特長とする“リンゴ丸かじりができる”義歯です。

“維持”は辺縁封鎖が確実であれば、また“把持”は適切な床形態であれば容易に得ることができます。しかし“支持（＝咀嚼時の力学的安定）”を得ることは容易ではありません。それは顎堤粘膜には部位によって大きく異なる被圧変位が存在し、これを無視するわけにはいかないためです。リンゴ丸かじりを可能とするには“支持”を十分に考慮した全部床義歯でなければなりません。

本セミナーは、講義と実習を通じて、“支持・把持・維持”にこだわった患者満足度の高い全部床義歯の製作法の体得を目的とします。そのため、これまでの実技コースで印象採得法を学ばれた先生方を対象としていますが、今一度“義歯の安定”について学びたい先生方にも門戸を開いております。対応の都合上、少人数での開催を予定していますが、意欲ある歯科技工士の皆様の同席・参加も歓迎いたします。(単独でも可)

教科書として、拙著“**Imai Method Complete Denture - 片側性・両側性咬合平衡に深く配慮した全部床義歯**”(デンタルダイヤモンド社)を使用します。ご持参ください。

本セミナーが皆様の明日からの臨床に少しでも役に立てば嬉しい限りです。

開催日 2026年 1月 25日(日)

時 間 10:00～16:00

会 場 アサヒ商会(今井歯科医院の技工室です。)
(千葉県 東金市 菱沼1059-1) 求名駅より徒歩15分またはタクシー2分

※会場は今井歯科医院ではありません。

※お間違えないようにご注意ください。

※書籍の購入はセミナー当日でも可能です。

定 員 歯科医師様・歯科技工士様 4組限定(最大8名)

受講料 歯科医師 1名様：176,000円
(歯科技工士1名様44,000円追加で同伴参加頂くことが可能です。)

歯科技工士 1名様：154,000円

※全て、税込・器材費込の表示です。



講師 今井 守夫先生
(モンゴル国立医科大学客員教授
千葉県開業)

お問い合わせ：デンタルヘルスアソシエート(相田化学工業株式会社)

東京都千代田区四番町8-1 東郷パークビル4階

TEL: 03-6893-2331 FAX: 03-6893-2370

MAIL: aida@dha.gr.jp

URL: <https://dha.gr.jp>

お申込みは
こちらから



『今井メソッド(すっぽん)デンチャー実習コース』 お申込み書

お申込みFAX番号:03-6893-2370

この度は、セミナー参加の申込みを頂き、誠にありがとうございます。
以下の必要項目にご記入のうえ、お申込みをお願いいたします。

当セミナー申込書の使用目的および個人情報の取り扱いについて

- ① **個人情報の利用目的**/この申込書に記載頂いた、個人情報は、セミナー運営に関わる事項(申込確認・出欠確認・部材準備など)に利用させていただきます。
- ② **個人情報の共同利用について**/記載頂いた個人情報は、各種セミナー、各種製品情報の提供、ご案内の送信として当社・協賛各社でのみ共同利用させて頂く場合がございます。
- ③ **個人情報の開示等の請求について**/当セミナー申込の為に提供頂いた、個人情報の開示・訂正・追加又は削除・利用停止等をご希望される場合は、下記個人情報相談窓口までお問い合わせください。
- ④ **個人情報提供の任意性について**/個人情報のご提供を頂くことは任意です。ただし、必要とされる情報をご提供頂けない場合は、ご要望にお応えできない場合がございます。

【個人情報に関するお問い合わせ先】

個人情報相談窓口:相田化学工業株式会社 総務部 電話:042-368-6311

この申込書に関する個人情報の取り扱いについて、上記の説明文を一読くださりご了解を頂きました上で、是非このセミナーにお申込み頂きますようお願い申し上げます。

個人情報の取り扱いについて (下記チェックをお願いいたします。)

☐ 同意する

☐ 同意しない

お申し込みは、FAXで 03-6893-2370 までお送りください。

| | | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 歯科医師 | | <input type="checkbox"/> 歯科技工士 | | ※ <input type="checkbox"/> にチェックマークをお入れください | |
| フリガナ | | フリガナ | | | |
| お名前 | | 貴医院名 | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | |
| TEL | | FAX | | | |
| Eメール | | | | | |

