



The Dental Health Associates

デンタルヘルスアソシエートセミナー

REAL LECTURE

“保険でも患者満足度の高い”

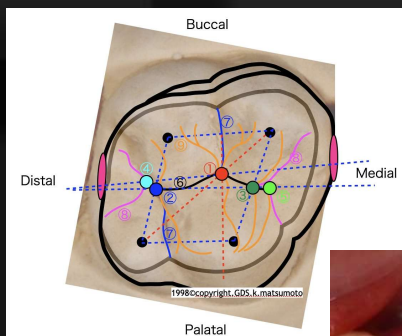
「臼歯部CR

HANDS ON COURSE

審美充填テクニックのA to Z」

講師 松本 勝利先生

～痛くない・外れない・壊れない・
スピーディな審美修復を目指して～



コースの
詳細な抄録は
こちらから

略歴

1987年 明海大学歯学部 卒業
1989年 医療法人慈愛恵真会 あらかい歯科医院 開業
1998年 GLOBAL DENTAL SYSTEM 代表
2006年~ dTiワールドメンバー
2006年~ 日本顎咬合学会 認定医
2008~2017年 明海大学歯学部 生涯研担当講師
2011年~ 日本顎咬合学会 学術委員
2013~2023年 神奈川歯科大学咬合機能回復 補綴医学講座
有床義歯補綴学分野 非常勤講師
2014~2017年 福島県歯科医師会 学術担当理事
2014~2017年 福島県歯科医師連盟 理事
2018~2024年 鶴見大学クラウンブリッジ補綴学講座
非常勤講師
2021~2022年 明海大学機能保存回復学講座
保存治療学分野 客員准教授
2023年~ 明海大学機能保存回復学講座
保存治療学分野 客員教授
2025年~ 鶴見大学クラウンブリッジ補綴学講座
臨床教授
*カムログインプラント 公認インストラクター

1日目 TOPICS

- ・コンポジット修復の適応症、充填歯の形成時注意点
- ・確実なボンディングテクニック（脱離防止）
- ・2次カリエス発症防止
- ・色調再現法について
- ・与える咬合点&咬合調整法について
- ・上顎小臼歯、大臼歯の咬合面形態及び咬合面築盛法について
- ・下顎小臼歯、大臼歯の咬合面形態及び咬合面築盛法について
- ・咬合面スケッチ（HANDS ON）

2日目 TOPICS

- ・3Dレイヤーテクニック（HANDS ON）
- ・2級複雑窩洞の築盛テクニック（HANDS ON）
- ・バルクフィルテクニック（HANDS ON）
- ・バイトフォーマブルテクニック

※セミナー当日ご持参頂くお持ち物

- ・光照射器（要事前充電）
- ・ルーペ（お持ちの方）

ご持参
下さい

※詳細は開催日が近くなりましてからご案内申し上げます。

講義で使用する
スライドをそのまま
レジュメにして差し上げます!!

セミナー
特典



受講料：お1人様（2日間）

143,000円（税込・器材費込）

※受講料のご入金を以って、正式なお申し込みとさせていただきます。
尚、キャンセルされる場合はキャンセル料として2万円を
頂きますので、ご留意くださいますようお願い申し上げます。

開催日時：2026年 5月 30日（土）
13:00~20:00

2026年 5月 31日（日）
（お弁当付き） 9:30~16:30

会 場：デンタルヘルスアソシエート
（相田化学工業株式会社）

定 員：12名様

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



『白歯部CR審美充填テクニックのA to Z』 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"/> にチェックマークをお入れください	
フリガナ お名前		フリガナ 貴医院名	
フリガナ ご住所	〒		
TEL		FAX	
Eメール			

