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

静岡開催

「力学の追究」が可能にした

“リンゴ丸かじりができる”全部床義歯

～“安定義歯”(すっぽんデンチャー)の理論と製作法～
ベーシック＆ハンズオン　2日間コース

ベーシックセミナーとハンズオンセミナーを連日開催!!



モンゴル国立医科大学客員教授
今井 守夫 先生

《講師略歴》
1984年 徳島大学歯学部卒業
1988年 徳島大学歯学部大学院 歯学研究科修了・歯学博士
医療法人皓歯会 ぐみょう今井歯科医院 理事長
モンゴル国立医科大学客員教授, 日本補綴歯科学会専門医・指導医, 日本口腔インプラント学会専門医
《総義歯に関する著作》
リンゴ丸かじりができる 今井メソッドコンプリートデンチャー
“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, 2020年.

1日目　ベーシックセミナー

全部床義歯は，“維持”や“咬合”だけで“リンゴ丸かじり”ができるわけではありません. 咀嚼には“支持”が重要であり, 顎堤粘膜の被圧変位を考慮した力学的な安定が必要です. 咀嚼時に“離脱・転覆しない”を追究することが大切です.
すっぽんデンチャーは，“維持”以上に“支持”や“把持”に重きを置いた“食”にこだわった“安定義歯”を目標として製作されています. 本講演では, 患者満足度の高いすっぽんデンチャーの力学的背景, および各過程における勘所について, 多くの動画を供覧しつつ紹介させて頂きます.

2日目　ハンズオンセミナー

・「安定義歯の力学理論」の復習と、
　ステージ別に無歯顎患者へのアプローチ法
・無歯顎患者の診査・診断
　～スナップ印象～個人トレーによる概形印象

ハンズオン1
・無歯顎模型を用いた「イソギンチャク」の
　製作・調整と、舌小帯部の調整

ハンズオン2
・実際の個人トレーの舌小帯部調整(3名1組)

ハンズオン3
・スナップ印象と個人トレーによる印象(3名1組)

開催日時	1日目　2027年5月22日(土) 10:00～16:00 2日目　2027年5月23日(日) 10:00～16:00
受講料	132,000円 (税込み・昼食付)※単回受講不可 申込書にご記入の上, FAXでお申し込み頂いた後, お振込先をご案内します. ご入金確認後, 登録完了とさせて頂きます. 振込用紙をもって領収証とさせて頂きます.
定員	先着 12 名様
会場	CSA貸会議室 住所：静岡市葵区御幸町11-8 レイアップ御幸町ビル　TEL：054-269-5070

セミナーご参加者ご自身の
下顎模型の事前提出
をお願いしております。

THE DENTAL HEALTH ASSOCIATES 1999

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

お申込はこちらから

『「力学の追究」が可能にした“リンゴ丸かじりができる” 全部床義歯
～ “安定義歯”(すっぽんデンチャー)の理論と製作法 ～
ベーシック＆ハンズオン　2日間コース』
静岡開催 お申込み書
お申込みFAX番号:03-6893-2370

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)に利用させて頂きます。

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。

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			