京セラメディカル株式会社 協賛

The Dental Health Associates

デンタルヘルスアソシエートセミナー

ハンズオン
セミナー

「チームで行うインプラント治療 2 Daysコース」

名古屋開催

全2回
コース

※単回受講不可

2027

昨今、インプラント治療は様々なマテリアル・手技が存在し、難易度の高い症例に対しても対処出来るようになってきました。しかしそれは歯科医師単独で行うものではなく、DH・DTとのチームアプローチによってはじめて成功に導かれるものです。今回の2日間コースでは、衛生士さん・技工士さんと一緒にご参加頂くことでそれぞれの役割を理解するきっかけになれば幸いです。

第1回 2027年3月25日(木)

- Chapter1 インプラント治療の基礎知識
  ～インプラントの選択基準、Platform switchingについて～
- Chapter2 インプラント治療の応用
  ～インプラント治療に必要な切開・剥離・縫合、抜歯即時埋入について～
- Chapter3
  インプラント治療を成功に導くための環境整備
  ～カウンセリングからオペ当日までの流れを中心に～
- 豚顎実習 切開・剥離・縫合実習
- 豚顎実習 インプラント埋入実習
  Finesia ®インプラントを使用した抜歯即時埋入

第2回 2027年4月22日(木)

- Chapter1 インプラント治療の応用
  ～2次手術に必要な診断と歯周形成外科について～
- Chapter2 インプラント補綴の勘所
  ～歯科医との連携、サブジンジバルカントゥアを中心に～
- 豚顎実習 2次手術に必要な軟組織マネジメント
  ～APF, CTG, FGG～
- 豚顎実習 骨造成実習
  ～Minor GBR, GBR with Titanium mesh～



(株)Dental Fairy 代表取締役
フリーランス歯科衛生士
佐藤 令菜先生

- 名古屋デンタル学院衛生士専門学校 卒業
- 日本歯周病学会 認定歯科衛生士
- 日本歯科学会
- 日本顎咬合学会・YOSG所属



高田兄弟歯科・矯正歯科
高田 智史先生
（名古屋市天白区）

- 愛知学院大学歯学部卒業
- 日本歯周病学会認定 歯周病専門医
- JIPIインストラクター
- OJ正会員・YOSG主宰
- 京セラメディカル インプラント インストラクター



Infinite Dental Laboratory代表
歯科技工士
山北 耕治先生

- 広島大学歯学部附属歯科技工士学校 卒業
- 大阪SJCDテクニシャンコース（4期）受講
- 日本顎咬学会 会員
- YOSG所属

開催日：第1回 2027年3月25日(木)・第2回 2027年4月22日(木)

時　間：10:00～16:00　受講料(全2回コース)：110,000円(税込・器材費込)

場　所：京セラメディカル株式会社 名古屋営業所会議室
（〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目20番17号 KDX桜通ビル7階）

定　員：10名

※2日間共にコメディカルの方も参加可能です。（1医院様につき同伴者は2名まで無料でご参加頂けます。
また各回毎に同伴者様の人数・職種・ご氏名をお知らせ下さるようにお願い申し上げます。）

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

『チームで行うインプラント治療2Daysコース』
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 同伴者 氏名・職種		職種
フリガナ 貴医院名		フリガナ 同伴者 氏名・職種		職種
※同伴者(同伴者は参加無料)は2名までです。同伴者のご氏名、職種を必ずご明記下さい。				
フリガナ ご住所	〒			
TEL		FAX		
Eメール				