

# 2026 年 ツカモトセミナー in 東京



## 位相差顕微鏡を活用しよう！

**講師** 医療法人 T&C 理事長 **塚本高久** (国際歯周内科学研究会 代表理事)

**経歴**

- 1994 年 愛知学院大学歯学部卒業
- 1995 年 愛知県がんセンター病理第一部研修
- 1998 年 愛知学院大学大学院修了
- 1998 年 麻酔科、大雄会病院口腔外科勤務
- 2001 年 塚本歯科クリニック勤務
- 2004 年 塚本歯科クリニック院長
- 2007 年 医療法人 T&C 設立 理事長就任
- 2018 年 医療法人 T&C 光が丘塚本歯科クリニック開院

**資格**

- ・国際歯周内科学研究会代表理事・指導医
- ・歯学博士・衛生検査技師
- ・事業承継・M&A エキスパート 他

**著書**

- 「開業するときしてからで増改築」
- 「あなたの歯科医院が変わる 100 のヒント part1 & 2」
- 「チームで取り組む消毒滅菌」



**講師からのコメント** 「内科的歯周病治療ってなに？」「位相差顕微鏡を導入したが、なかなかうまく稼動していないなあ。」「患者さんへの説明はどうしたらいいだろう。」という先生、位相差顕微鏡を使った内科的歯周病治療を 1 からお話しします。また、内科的歯周病治療だけでなく、快適な歯科医院をスタッフと一緒にどうやって作り上げていくか。明日から使える院内改革法をお伝えします。

### セミナー内容

- |                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| ●位相差顕微鏡を使った口腔内管理方法 | ○これでバッチリ患者さんへの説明法              |
| ○内科的歯周病治療の方法、効果    | ●リアルタイム PCR を軸としたアドバンス内科的歯周病治療 |
| ●口腔内の菌を動画で確認！      | ○あなたの歯科医院が変わる小さなヒント            |

◆開催日：2026 年 1 月 25 日（日）

◆講習時間：10:00 ～ 16:30

◆会場：アーバンネット神田カンファレンス  
(東京都千代田区内神田三丁目 6 番 2 号 アーバンネット神田ビル 3 階)

◆受講料：44,000 円（税込） 追加おひとり：22,000 円（税込） 再受講：22,000 円（税込）

◆定員：20 名

◆主催：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 4F  
TEL: 03-6893-2331 FAX: 03-6893-2370

◆申込方法：裏面申込書にご記入の上、FAX にてお申込みください。

# 2026 年 1 月『ツカモトセミナー in 東京』お申込書

## お申込み F A X 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いただくことは任意です。ただし、必要とされる情報をご提供いただけない場合は、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  
ご了解をいただきました上で、是非このセミナーにお申込みいただ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

☐受講 ☐再受講 1 月 25 日(日)に申し込みます

お申し込みは、FAXで 03-6893-2370 までお送りください。

|                                                                                                 |                                                                                              |      |                  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------|--|--|
| フリガナ                                                                                            |                                                                                              |      | フリガナ             |  |  |
| お名前                                                                                             |                                                                                              |      | お勤め先             |  |  |
| <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> ( ) | <input type="checkbox"/> ご開業<br><input type="checkbox"/> ご勤務<br><input type="checkbox"/> 非勤務 | 出身大学 | 卒業年度<br>(西暦) 年度卒 |  |  |
| ご住所                                                                                             | 〒                                                                                            |      |                  |  |  |
| TEL                                                                                             |                                                                                              |      | FAX              |  |  |
| Eメール                                                                                            |                                                                                              |      |                  |  |  |