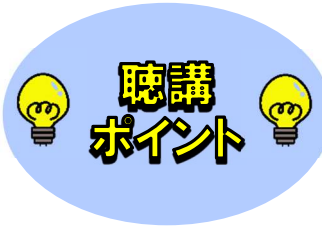


# 審美的“前歯”CR

## HANDS ON COURSE!!

～保険でも患者満足度の高い審美充填テクニックのA to Z～

- ①オールインワン カラーCRの使い方
- ②確実な接着方法
- ③審美的な歯牙形態の作製方法
- ④マメロン形態の回復
- ⑤明度を考慮した表面性状の付与の仕方
- ⑥ツヤを長持ちさせる研磨方法



講師 松本 勝利先生

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 日本顎咬合学会 認定医
- 2008年～2017年  
明海大学歯学部  
生涯研修担当講師
- 2011年 日本顎咬合学会 学術委員
- 2013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
- 2018年 鶴見大学歯学部  
クラウンブリッジ補綴学講座  
非常勤講師
- 2021年 明海大学歯学部  
機能保存回復学講座  
保存治療学分野 客員准教授

※セミナー当日ご持参頂くお持ち物  
光照射器(要事前充電)  
※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&ハンズオン コース

コンソジットレジンの光特性の改善により、従来のように複雑な積層法や色調再現法を用いることなく、簡便に色調を再現することが可能な時代となってきていますが、その際に気をつけなければならないポイントがあります。また、前歯部における審美性を確保するためには、色調再現を行うことも重要ですが、内部構造、形態、表面性状をしっかりと整えることでより審美的に仕上げる事が可能となります。

また、長期的な予後を確保するためには、正確な接着操作、的確な研磨操作、食べ物が抜けていく流路の付与なども同時に重要となります。

今回は、講義及びハンズオンを通してこれらを習得して頂けるコースとなっております。



Photo by Matsumoto Takuya

開催日時：2024年 11月 30日 (土)  
13:00～20:00

2024年 12月 1日 (日)  
(お弁当付き) 9:30～16:30

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。

★1日目終了後に軽食をご提供致します。

会場：デンタルヘルスアソシエート  
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](mailto:aida@dha.gr.jp) URL：<https://dha.gr.jp>



お申込はこちらから↑

# 『審美的“前歯”CR HANDS ON COURSE!!

～保険でも患者満足度の高い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

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いただきます。
- 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			

