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

熊本開催決定!!

“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 ～

ハンズオン(実技)コース

このたび、これまでのベーシックコースの内容をより深く理解して頂くために、印象法を中心としたハンズオン(実技)コースを企画しました。

本セミナーでは、まず「安定義歯の力学理論」の復習と、演者の臨床における無歯顎患者へのアプローチ法をステージ別に多くの動画を用いて解説いたします。その後ハンズオンとして、下顎の概形印象に必要な個人トレーの調整法を、重要な改良部分である「イソギンチャク」の製作と、舌小帯部の調整について、模型を用いて実習いたします。そしてスナップ印象と個人トレーによる印象の実技を通じて、それぞれの役割と達成ポイント、および印象採得の勘所、演者の動きや材料の扱い方の実際を体得して頂きます。少人数制の密度の高いセミナーを予定しています。本セミナーが明日からの臨床に、少しでもお役に立てれば嬉しい限りです。

講 師

お待たせしました
ハンズオン

《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.

モンゴル国立医科大学客員教授
今井 守夫 先生

講演内容

講　　演◆ 「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
デモンストレーション◆ 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)

詳 細

◆開催日時◆ 2024年5月26日(日) 10:00～16:00
◆受講料◆ 99,000円(税込み・材料費込み・昼食付)
申込書にご記入の上、FAXでお申し込み頂いた後、お振込先をご案内致します。
ご入金確認後、登録完了となります。振込用紙をもって領収証に代えさせて頂きます。
◆定　員◆ 12名(先着順)
◆会　場◆ 熊本市国際交流会館(熊本県熊本市中央区花畑町4番18号)
◆持参品◆ 白衣・既製トレー・受講者の模型(事前提出)
※詳細はお申し込み後にご案内致します。

今回のハンズオンコースは、あらかじめベーシックコースを受講された方を対象としております。
ベーシックコースの日程は、下記までお問い合わせ下さい。
咬合採得～咬座印象については、実習コースを別に用意しております。

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

“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 ～
ハンズオン（実技）コース　熊本開催 申込み書

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			