

AM&PM 講師



講師 吉田 穰人先生
(ドレミ歯科クリニック院長)

「美容歯科導入への舵切り」

～保険診療中心医院の収益向上から人材確保まで～

2000年に大阪歯科大学卒業後、岡山大学歯学部口腔外科入局。
2006年ドレミ歯科クリニック開業後、10年間一般歯科として診療を行い、2016年より美容歯科を導入。
美容歯科導入後8年で売上314%upを達成。美容歯科の第一人者・木下径彦先生を師として仰ぎ、現在も保険治療を中心とした診療の傍ら、スタッフと共に美容歯科を行っている。

●学歴●

2000年 大阪歯科大学卒業
2000年 岡山大学歯学部付属病院 口腔顎顔面外科学講座
(現・顎病態外科学) 入局
2006年 ドレミ歯科クリニック (駅前町) 開業
2016年 ドレミ歯科クリニック (本町) 移転開業

●所属学会●

日本口腔外科学会・日本口腔インプラント学会
高濃度ビタミンC点滴療法研究会 認定医・抗加齢医学会
水素吸引療法研究会
オーラルプラセンタ医学研究会 認定医
日本抗加齢美容再建歯科協会 認定医
(社)日本歯科医師会公認 スポーツデンティスト

PM 講師

美容歯科成功のカギ

～年間1,000件の施術実績とスタッフの力～

2016年より美容歯科を導入し、2023年の美容歯科施術実績が1,000件に！
美容歯科担当として現在では、業務の9割が美容歯科に携わっております。
美容歯科成功のために行っている展開方法や集患方法などすべてお話しさせていただきます。
また美容歯科最新トレンドもお話いたします。

※必ず注意事項をお読みください

- ・歯科医師様と、歯科衛生士様もしくはスタッフ様のペアでご参加をお願い致します。
- ・ペアの方はご勤務の先生はご遠慮ください。(ご勤務の先生と、スタッフ様のペアは可能です。)
- ・ご参加は午前の部よりペア単位でご受講いただきますようお願いいたします。



講師 福井 祐紀子先生
(歯科衛生士)

●プロフィール●

歯科衛生士免許取得後、
大手歯科メーカーにて営業を担当。
その後、歯科衛生士学校の教員として、
歯科衛生士育成に従事する。
2014年ドレミ歯科クリニックに
入職し、院長とともに多くの
美容歯科セミナーに参加。
美容歯科担当として診療拡大を実現し、
クリニックの事業拡大を支える。
また統括チーフとして
スタッフマネジメントを担い、
スタッフが働きやすい環境構築にも
注力している。

開催日時

2024年7月15日(月・祝)
10:00～16:00

場所

新大阪丸ビル別館
(大阪府大阪市東淀川区東中島1-18-22)

受講料

歯科医師様・スタッフ様 (同一医院ペア) : 2名 66,000円(税込)
スタッフ様1名追加(歯科医師様・スタッフ様2名): 1名追加受講料 22,000円(税込)

※必ず注意事項をお読みください

- ・歯科医師様と、歯科衛生士様もしくはスタッフ様のペアでご参加をお願い致します。
- ・ペアの方はご勤務の先生はご遠慮ください。(ご勤務の先生と、スタッフ様のペアは可能です。)
- ・ご参加は午前の部よりペア単位でご受講いただきますようお願いいたします。

定員

15医院

問合せ

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/

お申込みは
こちらから→



『美容歯科導入への舵切りセミナー』 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。

フリガナ お名前		フリガナ 同伴者 氏名	
フリガナ 貴医院名		フリガナ 追加同伴 者 氏名	
※追加同伴者は1名までです。また追加同伴者は歯科医師以外のスタッフ様に限りません。			
フリガナ ご住所	〒		
TEL		FAX	
Eメール			

