



The Dental Health Associates

デンタルヘルスアソシエートセミナー

実習付き セミナー

大好評につき実習付きセミナー
第3回開催決定!!

第3回

機能を備えた審美の先にある整美

～歯科臨床の現場でのボツリヌス、ヒアルロン酸の活かし方～



講師 古屋敷 有子先生

経歴

- ・1968年(昭和43年) 12月生まれ 熊本県出身
- ・1993年(平成5年) 福岡歯科大学卒業
- ・1993年(平成5年)～2002年(平成14年) 福岡県大牟田市 辻歯科口腔外科総合クリニック勤務
- ・2002年(平成14年) 熊本県荒尾市で ふるやしき歯科を夫と共に開業

日本の歯科臨床の現場において10年以上前からヒアルロン酸やボツリヌス注射は使用されてきました。多くの歯科医師の先生方同様、私もDM等でセミナー案内を受け取りましたが「手を出すには勇気が要るなあ」「興味すら湧かない」と思う歯科医師の1人でした。

「美容外科や美容皮膚科の真似」だと思っていました。「法に触れるのではないか？」との疑問さえありました。そう思いながらもヒアルロン酸セミナーを受講し、日本の歯科臨床の現場において治療法が確立されていることを知りました！患者さんと多くの時間を共有するGPだからこそ出来る、臨床に役立つ薬剤の使用法を得ることが出来ました。

ボツリヌス注射により得られること

- ①食いしばりだがマウスピースが習慣化出来ない患者さん
→歯牙破折の恐怖、補綴の脱離から解放された
- ②頬圧が強く矯正の後戻り傾向が見られた患者さんへの応用
- ③ガミースマイルがコンプレックスで人前で笑えない、手術は怖い
→歯茎の露出を気にせずおしゃべり出来るようになった

etc.

ヒアルロン酸注入により得られること

- ①入れ歯やインプラントなどの補綴で歯並びも咀嚼も改善したが唇の形が思うようなものではない
→整い満足！

etc.

人口5万人余りの超高齢化の田舎町で10数年。多くの患者さんが、どのように喜んで頂けたのかを第一にお話しさせて頂きたいと思います。更に、この治療法の手技、安全性や薬剤の特性、未承認薬の問題、歯科医師の裁量権など多角的にご説明させて頂きます。

開催日:2022年9月18日(日)

時間:10:00～16:00

場所:アーバンネット神田カンファレンス

定員:15医院

受講料:55,000円(税込・器材費込)



古屋敷有子
先生
インタビュー
動画

★スタッフ1名様 無料同伴参加可能!!

(※同伴参加は歯科衛生士・歯科助手の方に限ります。歯科衛生士・歯科助手の方のみのご参加はご遠慮ください。またご参加の場合は事前お申込みが必要となります。)

※ボツリヌス・ヒアルロン酸の活用はスタッフ様のアシストにより先生が動きやすくなります！是非一緒にご参加下さい！

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://www.dha.gr.jp>



お申込はこちらから

『機能を備えた審美の先にある整美』

2022年9月18日(日)開催実習付きセミナー

お申込み書

お申込み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 ご住所	〒		
TEL		FAX	
Eメール			

