



KYOCERA 協賛

The Dental Health Associates

デンタルヘルスアソシエートセミナー

今日から使える インプラント臨床のTips ～難症例もシンプルに！～ 2023

ハンズオン

「インプラント治療を始めたいけれど最初の一步がよくわからない」
「簡単な症例だけなら自分で完結してみたい」
「相談できる仲間が欲しい」
そう思ったなら、本コースをお勧めいたします。
すべて実習付でリーズナブルな受講料。若手からベテランまで、
楽しく語り合いながら技術と知識の習得ができること間違いなしです。



八木原 淳史先生



遠藤 学先生



大塚 保光先生



小澤 仁先生



坂巻 良一先生



鈴木 章弘先生

第1回 6月11日(日)

- ・診査診断
- ・デジタル診査診断
- ・抜歯後のソケットブリザベーション
(リフィットデンタル使用)
- ・FINESIAの特徴
- ・超音波バリオサージの有効活用法
- ・埋入術式
- ・埋入後のISQ値での管理
- ・埋入実習
- ・症例の見つけ方

第3回 8月20日(日)

- ・印象、補綴
- ・印象方法(直接印象法。間接印象法)
- ・デジタル印象
- ・デジタル印象実習
- ・補綴のISQ値での管理
- ・症例(1～多数歯欠損、無歯顎まで)



⇐お申込みは
こちらから

第2回 7月 9日(日)

- ・インプラント体の選択(TL,BL,SB)
- ・ガイド作成のポイント
- ・シュミレーションソフトによる
説明・設計 デモ&実習
- ・ガイド埋入術式
- ・ガイド埋入実習

開催日 第1回 2023年6月11日(日)

第2回 7月 9日(日)

第3回 8月20日(日)

時 間 10:00～16:00

場 所 デンタルヘルスアソシエート
(相田化学工業株式会社)

受講料 132,000円(税込・器材費込)

定 員 8名

講師 覚本 嘉美先生

略歴

1981年 明海大学歯学部卒業
東京医科歯科大学医用器材研究所
(6年間在籍)
1987年 明海大学歯学部歯科材料科学講座
(7年間在籍)
1994年 歯学博士
現在 覚本歯科医院開業(栃木県小山市)

所属団体等

- ・奥羽大学歯学部 非常勤講師
- ・(社)日本口腔インプラント学会専門医・指導医
- ・日本歯科理工学会
- ・デンタルマテリアルシニアアドバイザー
- ・バイオインテグレーション学会理事・専門医
- ・日本顎咬合学会認定医
- ・インプラント再建歯学研究施設長
- ・AAID(アメリカインプラント学会) 会員
- ・京セラ株式会社
インプラント公認インストラクター

全3回コース

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>

『今日から使えるインプラント臨床のTips』

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。

☐ 歯科医師		※ ☐ にチェックマークをお入れください	
フリガナ		フリガナ	
お名前		貴医院名	
フリガナ			
ご住所	〒		
TEL		FAX	
Eメール			

