

大好評セミナー

おまたせしました!

左右両利きDHかっきーの シャープニング&SRPセミナー

3期生
募集!!

【講義内容】

- ☆シャープニングに必要な基礎知識
- ☆歯周病のエビデンス
- ☆SRPに必要な解剖学的知識

【実習内容】

- ☆動画で見て練習するシャープニング
- ☆ファントム付着顎模型にてSRP実習
- ☆抜去歯を用いたSRP実習

*左右両利きのDH柿沼が、右利きばかりでなく左利きの人にも直接指導します

| | | |
|-----|-------------|--------------------------------------|
| 第1期 | 満員御礼 | 2019年 9月 8日(日)10:00~16:00 |
| 第2期 | 満員御礼 | 2020年 2月 6日(木)13:00~17:00 |
| 第3期 | 受付中 | 2020年 9月10日(木)13:00~17:00 |

定員 12名(先着順)※申込みは1医院2名様迄とさせていただきます。

受講料 14,000円(税別) *コーヒープレイク(ケーキ付)

会場 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



柿沼 八重子先生(川口市 かめだ歯科医院チーフ衛生士)

【略歴】 1998年 大宮歯科衛生士専門学校卒業
1998年 かめだ歯科医院勤務(埼玉県川口市)

現在 医療法人D&Hかめだ歯科医院にて
11名の歯科衛生士をまとめるチーフ

執筆: 2017年デンタルハイジーン誌連載
2018年デンタルハイジーン誌掲載



DHかっきーの スーパー! テック製作セミナー

2期生
募集!!

歯科衛生士のための

きれいな テック製作実習

- ★ファントム付き
- ★顎模型を使った実習 他

| | | |
|-----|-------------|--------------------------------------|
| 第1期 | 満員御礼 | 2020年 5月31日(日)10:00~16:00 |
| 第2期 | 受付中 | 2021年 1月28日(木)13:00~17:00 |

定員 8名(先着順)※申込みは1医院2名様迄とさせていただきます。

受講料 18,000円(税別) *コーヒープレイク(ケーキ付)

会場 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

【お問い合わせ先】

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 URL: <http://www.dha.gr.jp/>

『左右両利きDHかっぎのシャープニング&SRPセミナー』 『DHかっぎのスーパー! テック製作セミナー』 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

お申込みセミナーにチェックをお願い致します。2つともご参加の場合は2つにチェックをお願いします。

- 『左右両利きDHかっぎのシャープニング&SRPセミナー』
 『DHかっぎのスーパー! テック製作セミナー』

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 | | |  |