

今井式 すっぽんデンチャーセミナー実技編

「保険診療で作製するリングを丸かじりができる総義歯」セミナー実技編の高松開催が決定いたしました！これまでのベーシックセミナーの内容をより深くご理解いただき、臨床に活かしていただくためのセミナーです。

デモンストレーションの部では、無歯顎患者を対象とした診査・診断～スナップ印象・本印象、咬合採得～咬座採得のレクチャーをおこないます。ハンズオンの部では、無歯顎模型を用いた「イソギンチャク」の作製・調整のハンズオンをおこないます。講師医院常駐の歯科技工士に作製いただいた個人トレーと、講師が使用している材料を用いておこなうため、「すっぽんデンチャー」の勘所をつかめることと思います。

2名1組のハンズオンでは、受講生の皆様にあらかじめ自身の模型をご用意いただきます。それを基に前述の歯科技工士に作製していただいた個人トレーを使用し、舌小帯部の調整実習をおこないます。

少人数制による密度の高いセミナーを予定しております。より深く技術を会得していただければと思います。

講師

今井守夫 先生



《講師経歴》

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 院長・理事長

モンゴル国立医科大学 客員教授, 松本歯科大学 非常勤講師

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, バイオインテグレーション学会 指導医・理事

日本一般臨床医矯正研究会認定医・理事, 介護支援専門員

お待ちしております
ハンズオン

講演内容

- 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～本印象、咬合採得～咬座印象 (ビデオデモ)
- 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 (ハンズオン)
- ハンズオン 2◆ 舌小帯部の個人トレー調整 (2名1組のハンズオン)

詳細

- ◆開催日時◆ 2020年8月30日(日) 10:00～16:00
- ◆受講料◆ 88,000円 (税込み・材料費込み・昼食付)
申込書にご記入の上、FAXでお申し込みいただいた後、お振込先をご案内いたします。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いただきます。
- ◆定員◆ 12名様 (先着順)
- ◆持参品◆ 白衣・受講者の模型 (事前提出) ※お申し込み後、詳細をご案内いたします。
- ◆会場◆ 香川県社会福祉総合センター (香川県高松市番町1-10-35)
- ◆お問い合わせ先◆ デンタルヘルスアソシエート
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/>

※今回の実技セミナーは、あらかじめベーシックセミナーを受講された方を対象としております。
ベーシックセミナーの日程は上記お問い合わせ先までご連絡ください。

『今井式 すっぽんデンチャーセミナー実技編in高松』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

| | | | |
|-------------|---|--------------|---|
| 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 | | |  |