



歯科医師向け 実習セミナー

Piezon Master Surgery® ハンズオンコース

電動式骨手術器械「ピエゾンマスターサージェリー」を用いた最新の外科手技に関するハンズオンコースです。

今回のコースでは、ピエゾンマスターサージェリーの基本的な使用方法と手術理論、より安全に治療を行うための術式及び臨床応用について、講義と実習を交えてご習得いただく内容となっております。

コース内容により、ペリオコースとサージェリーコースに分かれており、2つのコースはそれぞれの臨床分野に造詣が深く、自らの症例に使用されている3名の臨床家に講師をお願いいたしました。



ペリオコース

内容(講義・実習)

- 抜歯、ソケットブリザベーション
- クラウンレングスニング(歯冠長延長術)
- インプラントサイトの形成



松本歯科医院 院長
松本 邦夫 先生
1986年 日本大学松戸歯学部卒業
1992年 松本歯科医院開業
日本臨床歯周病学会 会員
日本歯内療法学会 会員
AMED (Academy of Microscope Enhanced Dentistry) メンバー
Tokyo SJCD (Society of Japan Clinical Dentistry) 理事

| | |
|---------------------|------------------------|
| 2011年 10月 30日(日) 東京 | 2012年 1月 29日(日) 福岡 |
| 2011年 12月 18日(日) 大阪 | 2012年 2月 19日(日) 東京 |
| 2012年 1月 22日(日) 名古屋 | 2012年 3月 11日(日) 札幌市内予定 |

サージェリーコース

内容(講義・実習)

- サイナスアプローチ:軟組織の排除
- ラテラルウインドウテクニック
- クリスタルアプローチ(ソケットリフト)
- ボーンブロック採取
- スプリットクレスト



せん歯科医院 院長
千 栄寿 先生
1991年 神奈川歯科大学歯学部卒業
1994年 せん歯科医院開業
CID-club (Center of Implant Dentistry) 理事
Tokyo SJCD (Society of Japan Clinical Dentistry) メンバー
ITI (International Team for Implantology) メンバー
AMED (Academy of Microscope Enhanced Dentistry) アクティブメンバー
日本口腔インプラント学会 会員 日本歯科審美学会 会員

| | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| 2011年 10月 2日(日) 東京 | 2012年 3月 4日(日) 札幌市内予定 | 2012年 3月 20日(火・祝) 東京 |
|--------------------|-----------------------|----------------------|

【開催日・会場】裏面をご覧ください

(講師ごとに日程が異なります)

【開催時間】10:00~17:30

【定員】10名(歯科医師対象)

【受講料】45,000円

(受講料40,000円・材料費5,000円)
昼食代・消費税込み



医療法人社団洛歯会 中田歯科クリニック院長
中田 光太郎 先生

1990年 九州歯科大学卒業
1994年 医療法人社団洛歯会 中田歯科クリニック開設
CID-club (Center of Implant Dentistry) 理事
ITI (International Team for Implantology) メンバー
Tokyo SJCD (Society of Japan Clinical Dentistry) メンバー
AMED (Academy of Microscope Enhanced Dentistry) メンバー
日本口腔インプラント学会 会員
日本臨床歯周病学会 会員

| | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| 2011年 11月 6日(日) 大阪 | 2011年 11月 27日(日) 福岡 | 2012年 1月 15日(日) 名古屋 |
|--------------------|---------------------|---------------------|

お問い合わせ・お申し込み方法

ステップ1

お電話で申し込み状況のご確認をお願いします。
0120-999-826

ステップ2

裏面申込用紙をFAX願います。
0120-999-186

ステップ3

受講料のお振込をお願いします。
三井住友銀行 京都支店
普通預金 口座番号/1224976
口座名義/株式会社松風 学術セミナー

追って事務局より詳細を郵送いたします。

【お問い合わせ先】講習会専用 TEL.0120-999-826
受付時間9:00~12:00/13:00~17:00※土日祝を除く
株式会社松風 営業部 学術課学術一係

※お振込み控えをもって受講料の代金の受領証とさせていただきます。
※領収書が必要な場合はご遠慮なくお申し付けください。※振込み手数料はご負担願います。
※キャンセル時の受講料の返金は、ご容赦願います。

お申込み用紙

ご希望の受講講座に○印をご記入ください。

■ペリオコース(松本 邦夫 先生)

| 開催日 | 会 場 | 申込み |
|----------------|---|--------------------------|
| 2011年10月30日(日) | 株式会社 松風 東京支社 〒113-0034 東京都文京区湯島3丁目16-2 TEL 03-3832-4366 FAX 03-3832-4367 | <input type="checkbox"/> |
| 2011年12月18日(日) | 株式会社 松風 大阪営業所 〒564-0052 大阪府吹田市広芝町19番27号 TEL 06-6330-4182 FAX 06-6330-4183 | <input type="checkbox"/> |
| 2012年1月22日(日) | 株式会社 松風 名古屋営業所 〒465-0025 名古屋市長区上社4-182 TEL 052-709-7688 FAX 052-709-7721 | <input type="checkbox"/> |
| 2012年1月29日(日) | 株式会社 松風 福岡営業所 〒812-0016 福岡市博多区博多駅南3丁目3-15 TEL 092-472-7595 FAX 092-472-7596 | <input type="checkbox"/> |
| 2012年2月19日(日) | 株式会社 松風 東京支社 〒113-0034 東京都文京区湯島3丁目16-2 TEL 03-3832-4366 FAX 03-3832-4367 | <input type="checkbox"/> |
| 2012年3月11日(日) | 札幌市内予定 (1月頃より、お申し込みいただいた方には順次ご案内いたします。) | <input type="checkbox"/> |

■サージェリーコース(千 栄寿 先生)

| 開催日 | 会 場 | 申込み |
|------------------|--|--------------------------|
| 2011年10月2日(日) | 株式会社 松風 東京支社 〒113-0034 東京都文京区湯島3丁目16-2 TEL 03-3832-4366 FAX 03-3832-4367 | <input type="checkbox"/> |
| 2012年3月4日(日) | 札幌市内予定 (1月頃より、お申し込みいただいた方には順次ご案内いたします。) | <input type="checkbox"/> |
| 2012年3月20日(火) 祝日 | 株式会社 松風 東京支社 〒113-0034 東京都文京区湯島3丁目16-2 TEL 03-3832-4366 FAX 03-3832-4367 | <input type="checkbox"/> |

■サージェリーコース(中田 光太郎 先生)

| 開催日 | 会 場 | 申込み |
|----------------|---|--------------------------|
| 2011年11月6日(日) | 株式会社 松風 大阪営業所 〒564-0052 大阪府吹田市広芝町19番27号 TEL 06-6330-4182 FAX 06-6330-4183 | <input type="checkbox"/> |
| 2011年11月27日(日) | 株式会社 松風 福岡営業所 〒812-0016 福岡市博多区博多駅南3丁目3-15 TEL 092-472-7595 FAX 092-472-7596 | <input type="checkbox"/> |
| 2012年1月15日(日) | 株式会社 松風 名古屋営業所 〒465-0025 名古屋市長区上社4-182 TEL 052-709-7688 FAX 052-709-7721 | <input type="checkbox"/> |

Piezon Master Surgery® ハンズオンコース 期間2011年10月~2012年3月

| | | | |
|--------------|------|--|--|
| 貴医院名・住所 〒 | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | フリガナ 受講者名 ----- <input type="checkbox"/> マ字(修了証を発行致しますので必ずご記入下さい) |
| | | | お取引商店名 |
| TEL. | FAX. | <input type="checkbox"/> 松風歯科クラブ会員(No.) <input type="checkbox"/> 今回入会する <input type="checkbox"/> セミナーのみ申し込む | |

弊社は、お客様からご提供いただきましたお名前、ご住所、お勤め先、お電話番号等の個人情報は、今回の講演会及び、今後開催される講演のためだけに利用し、管理いたします。

FAX.0120-999-186