

# NobelReplace® Conical Connection

## 発売記念セミナー in 盛岡

### 日程・会場

2013年 **5/18** (土) **18:00-20:00**

アイーナ いわて県民情報交流センター

### 概要

10年を越える実績を持つNobelReplace Taperedインプラントにコニカル・コネクションが付与され、いよいよ発売となりました。従来のシンプルなドリルプロトコルをそのままに、プラットフォーム・シフティングが採用された頸部デザインにより良好な周囲組織の維持と自然な審美性を実現します。

### 内容

- NobelReplace®CCインプラントの特徴
- NobelReplace®CCインプラントの優位性とその適応症
- 臨床での有効な使い方と注意点

### 参加費

無 料

### 定員

30名

※先着順での受付となります。定員となり次第、締切とさせていただきますので、予めご了承くださいようお願いいたします。

### 講師

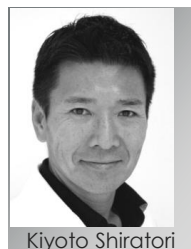
白鳥 清人 先生

白鳥歯科インプラントセンター所長  
大森・東京インプラントセンター長

#### 略歴

1985年 東京歯科大学卒業  
1988年 白鳥歯科医院開業  
2003年 白鳥歯科インプラントセンター開業  
2004年 東京歯科大学大学院歯学研究科(病理学)終了  
2011年 大森・東京インプラントセンター開設

昭和大学歯学部顎口腔疾患制御外科学兼任講師  
日本口腔インプラント学会専門医  
静岡口腔インプラント研究会副会長  
OJ(Osseointegration study club of Japan)常任理事  
国際先進学際歯科学会理事  
EAOアクティブメンバー



Kiyoto Shiratori



## 発売記念セミナー in 盛岡

### 参加申込書

- 基本情報をご記入ください。
- アンケートにご協力ください。
- FAXにてお申込みください。(追って受領FAXにてご連絡いたします)



#### ▶日程/会場

5月18日(土) アイーナ いわて県民情報交流センター

#### ▶基本情報 (同一施設の場合は複数名でのお申込みが可能です)

ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医)	ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医)
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ	お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ
【代表者様】			
ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医)	ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医)
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ	お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ
ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医)	ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医)
お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ	お名前	<input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ
施設名		顧客番号	
住所 〒			
電話番号		FAX番号	
E-mail			

#### ▶事前アンケート (複数名でお申込みの場合は、代表者様の情報をご記入ください)

##### 1. インプラントのご経験年数

- なし  ~5年未満  5年以上~10年未満  10年以上

##### 2. これまでの埋入本数

- ~10本未満  ~50本未満  ~200本未満  200本以上(\_\_\_\_\_本)

##### 3. インプラント治療における使用システムについて(複数選択可)

- ノーベルバイオケア  ストローマン  アストラ  アンキロス  ジンマー  JMM  カムログ  3i  その他メーカー

##### 4. ノーベルバイオケアインプラントをご使用の場合、その割合について

- 80~100%  70~80%  60~70%  50~60%  40~50%  30~40%  20~30%  20%以下

※ご協力ありがとうございました。ご提供いただいた情報は、目的以外の用途に使用いたしません。また漏洩のないように取扱いには厳重に注意いたします。

お申込先

**Fax.03-5495-3250**

主催:ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社

108-0075 東京都港区港南2-16-4品川グランドセントラルタワー8F  
03-5495-7101(マーケティング部 研修グループ)

www.nobelbiocare.co.jp