

■ 日 程：2014年

10/25(土) ▶ 11/9(日)

■ 会 場：

白鳥歯科インプラントセンター

〒411-0903

静岡県駿東郡清水町堂庭196-1

■ 対 象：インプラント治療 未経験者

■ 参加費：150,000円 (税込/模型代・昼食代を含む)

※全日程での受講料になります。

※ご都合により一部ご参加できない場合もご返金はいたしかねます。

■ 定 員：10名

※プログラムは、少人数制とさせていただきます。

※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。

※ご都合により一部ご参加できない場合もご返金はいたしかねます。

■ 講 師：白鳥 清人 先生

Hands On
あり

概 要

Nobel Biocareが提案する新しいトレーニングプログラムはStep-by-Stepにより、できるだけ早くインプラント治療を臨床応用できることを目的としています。治療に必要な全てのノウハウを集中的に効率よく学べ、長期的にトレーナーの先生方からの助言・指導を受けられる革新的なプログラムです。このプログラムの目的は、インプラントを正しく普及させ、患者様のQOLを向上させることです。

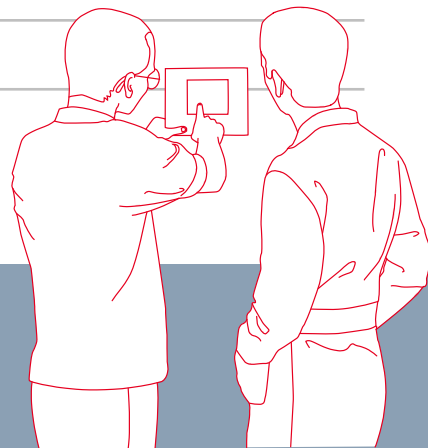
習得内容

- インプラント治療を始めるにあたり求められる基本知識と実習経験習得
- 手術、補綴処置にともなう要点・注意点を、実習・ライブオペを通して習得
- 術後の処置・注意事項・合併症対処も経験豊かな講師からのアドバイス
- 講師のサポートを受けながらインプラント治療を開始できます
- ご希望により個別に手術サポートが可能です

プログラム

	DATE	COURSE PROGRAM
Step1	10月25日(土) 14:00-19:00	イージーケースと患者の選定 - 概要・患者の選択
Step2	10月26日(日) 9:00-17:00	治療法の選択とインプラント導入の実際 - 治療計画の作成、治療計画の説明、外科実習、マネージメント、無菌法、ムンテラ
Step3	11月 8日(土) 14:00-19:00	治療法と縫合と外科実習(インプラント埋入) - 外科手術、治療費と縫合、縫合実習
Step4	11月 9日(日) 9:00-17:00	アパットメントセレクション&補綴術式(印象採得・補綴術式) - 補綴術式、印象採得実習
Step5	随時	各自オペ見学

※各項目・研修内容は変更の可能性がございます。





白鳥 清人

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

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
 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、AO、ピエゾアカデミー アクティブメンバー

| 講師コメント |

このコースでは、ノーベルソリューションによる最新のインプラント治療について学んでいただくことが出来ると思います。

多くの臨床例の供覧とハンズオンにより、明日の診療から臨床応用していただけるようお手伝いしていきます

プログラムの
特徴

- ✓ コース終了後も、メンターによる継続的なサポート
- ✓ 少人数制グループによる密度の高い指導
- ✓ すぐに実践ができる臨床実習中心の研修
- ✓ プログラム終了後の技術面及び心理面でのサポート
- ✓ 手術時のメンターからの臨床支援
- ✓ 困難な症例に対する外科手術サポート
- ✓ アシスタントのレベルアップ(アシスタント同行の方)

参加申込書

10/25-11/9 Dr. Shiratori Mentor Program

110

下記申込書にご記入のうえ、FAXにてお申込みください。追ってお申込みの受領および受講料のご案内をFAXにてご連絡いたします。なお、ご入金をもって正式なお申込みとさせていただきます。ご入金後の返金はいたしかねますので予めご了承ください。また、銀行振込の場合、領収書の発行はいたしかねます。

お名前	<input type="checkbox"/> 医院長 <input type="checkbox"/> 勤務医	ローマ字名
医院名		
住所 〒		
電話番号	-	FAX番号
E-mail		
ご出身校/ご卒業年度	/	年卒業
スターターキット	年 月	購入済 ・ 未購入
決済方法をお選びください クレジットカード決済 (<input type="checkbox"/> 製品購入にご使用のカード <input type="checkbox"/> その他のカード → 追ってご連絡します) / <input type="checkbox"/> 銀行振込		

※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

お問合せ先：営業部 伊豫(いよ) 080-1111-4860

www.nobelbiocare.co.jp