

## Dental Implant Seminar



## スキルアップ8日間コース

Stage I ~ III

医療安全に基づく真面目で失敗のないインプラント、これが『POI system Seminar スキルアップ8日間コース』の目的です。インプラント治療の成功は手術だけでなく、補綴も含めた歯科臨床の総合的な知識と技術が必要です。そしてインプラントの医療安全の確立には勉強と高度な医療への志が必要です。診断から治療設計をペーパーサージェリーで、実践をライブオペで、そして基本的な骨造成の理論とテクニック(GBR, サイナスリフト、ソケットリフト)を講義と実習で学びます。補綴では咬合のスタンダードで咬合理論を学び、インプラントに限らず明日からの臨床に役立てると思っています。インプラント総論をPOIエグゼクティブインストラクターである中川寛一先生、口腔解剖学は東京歯科大学准教授坂英樹先生に担当していただくことで、インプラント基礎の重要性を感じていただけたと思います。本セミナー受講後には簡単な症例でも多くのことを考える習慣ができ、医療安全に即したインプラントにつながると思います。またセミナー後も、すずき歯科におけるアドバンスな手術の見学やDVDでフォローいたします。

【講師：鈴木 龍】

## 講師陣とコースプログラム

※講義内容は、変更となる場合がございます。



鈴木 龍 先生

日本口腔インプラント学会専門医  
(静岡県袋井市 すずき歯科院長)

中川 寛一 先生

POIエグゼクティブインストラクター  
日本歯科保存学会 指導医

坂 英樹 先生

東京歯科大学 准教授  
(解剖学講座)

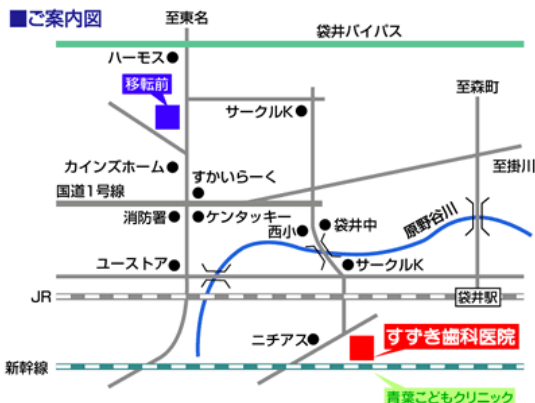
加藤 英治 先生

ICOI Diplomate  
(医療法人祐清会理事長 都内3医院経営)

回数	土曜日 (18:00~21:00)※3回目(土)のみ 16:00~		日曜日 (9:00~17:00)	
	内容	講師	内容	講師
1回目	開会挨拶	鈴木 龍	ペーパーサージェリーの概念と診断 2	鈴木 龍
5月18日(土)	ペーパーサージェリーの概念と診断 1		インプラント治療に必要な解剖学(下顎)	坂 英樹
19日(日)	ドリルテクニック基本編 《軽食あり》		インプラント治療に必要な解剖学(上顎) ドリルテクニック応用編	
2回目	インプラント補綴とCAD/CAM	鈴木 龍	インプラント材料学とインテグレーション	鈴木 龍
6月15日(土)	現在のインプラント補綴物		光機能化(デモンストレーション)	中川 寛一
16日(日)	インプラント補綴に必要な知識 《軽食あり》		インプラントの歴史と HA インプラント 咬合のスタンダード	
3回目※(土)16:00~	3回目はライブオペのため 16:00 集合	鈴木 龍	サイナスリフト模型実習	鈴木 龍
7月20日(土)	GBR ライブオペ	折居 恒典※2	ソケットリフト模型実習	
21日(日)	消毒の概念と口腔外科の基本と実技 インプラント治療における衛生士の役割 《懇親会 20:00~》	森下 DH※2	骨補填材と HA インプラント周囲炎と抗菌治療	
4回目	オペ VTR 鑑賞	鈴木 龍	ハリオサージによるスプリットクレスト実習	鈴木 龍
8月17日(土)	GBR の理論		ソニックエキスパンションテクニック	加藤 英治
18日(日)	ハリオサージの特性と実習 《軽食あり》		メンブレンによる骨造成、切開と縫合実習 骨補填材とインプラント歯科材料 総括と閉会《修了式》	

※2:ティーチングアシスタントとして本コースの実習をサポートいたします

●会場



医療法人 社団 八龍会 すずき歯科医院  
〒437-0023 静岡県袋井市高尾1780  
TEL : 0538-42-1184

交通アクセス

- JR袋井駅より 袋井タクシーで約1分／徒歩5分
- 袋井ICよりお車で約5分  
(駐車場完備の為、お車でのお越しも可能です)



- 定員 : 10名 (定員になり次第締切り)
- 参加費 : 400,000円(税込/研修・実習材料・教材・昼食・軽食・懇親会費を含む)  
※振り込み手数料はお振込み人様負担
- 事務局 : 京セラメディカル株式会社 歯科名古屋営業係  
〒461-0004 名古屋市東区葵 3-15-31-6F TEL:052-930-1480 FAX:052-938-1388
- 参加者特典: テキスト・オペ VTR 等のデータ配布、すずき歯科におけるオペ見学会、別途研修会への参加
- お申込・お問い合わせ

参加ご希望の先生は、上記事務局迄必ずお電話にて空席状況をご確認の上、事務局へ申込書を送付(FAXも可)いただき、申込金10万円をお振込みください。入金の確認をもって正式受付とします。  
なお、初回のコース2週間前までに残金をお振込みください。お申し込み後のご返金はいたしかねますので、予めご了承ください。

《振込先》 三菱東京UFJ銀行 新大阪北支店 (普)0603634 京セラメディカル株式会社

- \*お振込みの際は、貴医院名と個人名を併記してください。
- \*お振込み後の返金はいたしかねますので、ご了承ください。
- \*銀行より発行されますお振込みの控えをもって領収書とさせていただきます。

京セラメディカル株式会社 歯科名古屋営業係 宛

FAX: 052-938-1388

Dental Implant Seminar スキルアップ8日間コース参加申込書

☆参加費は 月 日に 振り込みました/振り込み予定です

フリガナ (ローマ字)		フリガナ	
ご氏名		貴医院名	
ご住所	〒 -		
TEL		E-mail	
FAX			
特約店 担当者名		今までに使用された インプラント	( 年)

※修了証発行のため必ずお名前のローマ字表記をご記入ください。

当社は、本研修会の参加申込みにより取得した個人情報厳重に管理し、あらかじめご本人の同意を得ることなく第三者に提供することはありません。  
当社での個人情報の利用目的は以下の通りです。  
1. 本研修会の運営および、それに伴うご連絡。  
2. 京セラメディカル株式会社からの各種情報のご案内。  
なお、当社からの各種情報の案内をご希望されない場合は、下記のチェックボックスに印をお付けください。  
 当社からの各種情報の案内を希望しない(なお、印が付いていない場合には、希望すると判断させていただきます。)