

↑ FAX 申込用紙

2020 年度明海大学・朝日大学歯学部生涯研修 受講申込書

明海大学・朝日大学歯学部生涯研修プログラムの下記コースをお申込みいたします。

Distinguished Clinician インターメディアイトセミナー

(○をご記入)

お申込みは右記 FAX 番号までご送信下さいませ。

FAX 049-285-6036

※FAX の送信間違いには十分ご注意ください。

コース名	講師	受講料	コース番号	申込
パッケージコース [全 23 コース]		980,000 円	11200300	
①～② マルチディシプリナリーアプローチ 1.2 診査・診断・治療計画	渡辺 隆史	100,000 円	11200301	
③～④ マルチディシプリナリーアプローチ 3.4 (歯内療法) EBM に基づいた効率的な 3 次元的根管形成、充填・歯内療法を見直す -	平井 順	110,000 円	11200302	
⑤～⑥ マルチディシプリナリーアプローチ 5 (歯周治療) 歯周治療の診査・診断と治療計画 (歯周治療 I) マルチディシプリナリーアプローチ 6 (歯周治療) 歯周基本治療 (歯周治療 II)	林 丈一郎	100,000 円	11200303	
⑦～⑧ マルチディシプリナリーアプローチ 7 (歯周治療) 歯周外科処置の基本 (歯周治療 III) マルチディシプリナリーアプローチ 8 (歯周治療) オープンフラップキュレタージュ (歯周治療 IV)	辰巳 順一	100,000 円	11200304	
⑨～⑩ マルチディシプリナリーアプローチ 9.10 (保存修復) MI を可能とするダイレクトボンディングの臨床テクニック	宮崎 真至	100,000 円	11200305	
⑪～⑭ マルチディシプリナリーアプローチ 11 (補綴:クラウンブリッジ) 咬合論の理解 (補綴 I) マルチディシプリナリーアプローチ 12 (補綴:クラウンブリッジ) プレパレーションデザインとその考え方 (補綴 II) マルチディシプリナリーアプローチ 13 (補綴:クラウンブリッジ) テンポラリークラウンとプロビジョナルレストレーション (補綴 III) マルチディシプリナリーアプローチ 14 (補綴:クラウンブリッジ) クラウンブリッジの印象から装着まで (補綴 IV)	渡辺 隆史	200,000 円	11200306	
⑮～⑯ マルチディシプリナリーアプローチ 15.16.17.18 (部分矯正) 一般臨床に必要な矯正治療: MTM の実際 (アップライトとエクストルージョン)	渡辺 隆史	200,000 円	11200307	
⑰～⑳ マルチディシプリナリーアプローチ 19 (補綴:コンプリート デンチャー) 最新の総義歯治療 (補綴 V) マルチディシプリナリーアプローチ 20 (補綴:コンプリート デンチャー) 旧義歯を用いた総義歯治療の実際 (補綴 VI)	上濱 正 河原 英雄 小林 義典	100,000 円	11200308	
㉑～㉒ マルチディシプリナリーアプローチ 21 (口腔外科) 小外科の基本 1 マルチディシプリナリーアプローチ 22 (口腔外科) 小外科の基本 2 粘膜疾患	坂下 英明 草間 薫	100,000 円	11200309	
㉓ マルチディシプリナリーアプローチ 23 予防とメンテナンス	渡辺 隆史	50,000 円	11200310	
インプラント時代における “ピュア・ペリオ”UCLA4 日間集中実習コース (DAY ONE-DAY FOUR)	Henry H.Takei Perry R. Klokkevold Paulo M. Camargo Jonathan H.Do	400,000 円	11200401	
インプラントベーシックセミナー 10 日間コース (Session I～V)	龍田 恒康 崎山 浩司 嶋田 淳 辰巳 順一 横瀬 敏志 渡辺 隆史	475,000 円	11200501	

※都合により、日程、プログラム内容、会場等が変更することがございます。予めご了承ください。

※一度納入された受講料の返金はいたしかねますので、予めご了承ください。

CAMBRA™定期管理予防セミナー【What's CAMBRA™編】のお申込みは、ご希望の日時を事前にヨシダホームページまたはお電話(☎03-3845-2931)でお申込みください。

■受講申込書 (注意) 1.全項目、必ずご記入ください。2.申込受付後、振込の案内を致します。入金をもって受講登録とさせていただきますので、予めご了承ください。

氏名 (漢字)		氏名 (ローマ字※大文字)	
ご案内郵送先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 歯科医院 ※どちらかにチェックして下さい	医院名	出身校	卒業年度 年度
ご住所 〒		TEL	携帯
		FAX	E-mail