

# ↑ FAX 申込用紙

## 2022 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。

会場参加用

### Distinguished Clinician インターミディエイトセミナー

(○をご記入)

| 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 20 日間]  |   | 800,000 円 | 13220300 |     |
| - マルチディシプリナリーアプローチ※<br>オリエンテーション・診査診断治療計画：戦略的治療計画   | 渡辺 隆史<br>龍田 恒康  | -         | -        | WEB |
| ①～② マルチディシプリナリーアプローチ 1 (歯周コース)<br>歯周治療の診査・診断と治療計画 (歯周治療 I)<br>マルチディシプリナリーアプローチ 2 (歯周コース)<br>歯周基本治療 (歯周治療 II)          | 林 丈一朗<br>渡辺 隆史  | 100,000 円 | 13220301 |     |
| ③～④ マルチディシプリナリーアプローチ 3 (歯周コース)<br>歯周外科処置の基本 (歯周治療 III)<br>マルチディシプリナリーアプローチ 4 (歯周コース)<br>オープンフラップキュレタージ (歯周治療 IV)      | 辰巳 順一   | 100,000 円 | 13220302 |     |
| ⑤～⑥ マルチディシプリナリーアプローチ 5 (歯周コース)<br>切除療法と根分岐部病変の治療 (歯周治療 V)<br>マルチディシプリナリーアプローチ 6 (歯周コース)<br>口腔機能回復治療と治療計画の立案 (歯周治療 VI) | 渡辺 隆史<br>辰巳 順一<br>林 丈一朗   | 100,000 円 | 13220303 |     |
| ⑦～⑧ マルチディシプリナリーアプローチ 7・8 (保存修復コース)<br>カリオロジーと MI 修復   | 宮崎 真至   | 100,000 円 | 13220304 |     |
| ⑨～⑩ マルチディシプリナリーアプローチ 9・10 (歯内療法コース)<br>EBM に基づいた効率的な 3 次元的根管形成、充填   | 平井 順  | 100,000 円 | 13220305 |     |
| ⑪～⑫ マルチディシプリナリーアプローチ 11・12 (矯正・外科コース)<br>MTM の実際  | 渡辺 隆史   | 100,000 円 | 13220306 |     |
| ⑬～⑭ マルチディシプリナリーアプローチ 13・14 (補綴コース)<br>精度を追求した補綴治療   | 渡辺 隆史   | 100,000 円 | 13220307 |     |
| ⑮～⑯ マルチディシプリナリーアプローチ 15・16 (補綴コース)<br>人生 100 年時代における新たな有床義歯治療   | 上演 正  | 100,000 円 | 13220308 |     |
| ⑰～⑱ マルチディシプリナリーアプローチ 17・18 (補綴コース)<br>修復治療のデジタル化に向けて  | 貞光 謙一郎  | 100,000 円 | 13220309 |     |
| - マルチディシプリナリーアプローチ※<br>予防とメンテナンス  | 渡辺 隆史   | -         | -        | WEB |
| 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<br>(DAY ONE ～ DAY FOUR)  | Henry H.Takei<br>Perry R. Klokkevold<br>Paulo M. Camargo<br>Jonathan H.Do | 400,000 円 | 13220401 |     |
| インプラントベーシックセミナー 10 日間コース<br>(Session I ～ V)   | 龍田 恒康<br>崎山 浩司<br>嶋田 淳<br>辰巳 順一<br>横瀬 敏志<br>渡辺 隆史                         | 475,000 円 | 13220501 |     |

※…マルチディシプリナリーアプローチパッケージコース対象特別講座です。

※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。

■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<br>(漢字)  |     | 氏名<br>(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<br>※どちらかにチェックして下さい | 医院名 | 出身校              | 卒業年度<br>年度 |
| ご住所 〒   |     | TEL              |            |
|   |     | FAX              |            |
| E-mail  | @   | 携 帯              |            |

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。