



KaVo. Dental Excellence.

臨床家のための 実践的歯内療法 ベーシックコース



講師 **平井 順先生**

略歴 1977年 日本大学歯学部 卒業
歯学博士
明海大学歯学部 臨床教授
現在、川崎市にて開業

日本顎咬合学会
認定審議会担当常任理事、指導医
国際歯科学士会日本部会 理事
日本歯内療法学会 理事、専門医、指導医
米国歯内療法学会 アクティブメンバー(AAE)
米国歯周病学会 会員(AAP)
日本臨床歯周病学会 会員

臨床の究極の目標は、自分の施した治療の予後が長期的に安定していること、その技術に高い予知性が得られることにつきます。

歯内療法は、臨床において特に痛みや不快感を伴うことが多く、これを短時間で速やかに取り除き、良好な結果を得ることは、患者様との今後の深い信頼関係に直結します。

しかしこうした目標を達成するには、単に根管という限られた範囲をテクニックのみでカバーすることは不可能です。一口腔単位の診査診断による症状の正しい分析、根管の三次元的形態の認識、避けることのできない咬合との関係等補綴処置に移行する前段階でこうした改善に必要な諸条件を十分に考慮し、無駄のないシンプルな歯内療法の治療システム (JHエンドシステム) が必要となってきます。

本コースでは歯内療法の基本を再度見直し、成功に導くためのポイントを臨床で頻発するケースを例に挙げて、器具の特性を活かした使用法やその解決策などについてお話ししたいと思います。1日目は抜去歯を用いて解説を行いながらデモ。2日目の実習では、オリジナルの透明模型を使用して、三次元的彎曲根管の形成から根管充填まで、各ステップをマンツーマンで指導させていただきます。

よりよい歯内療法の効率化をもとめて J.H.-Endo System

東京

3月 5日(土)・6日(日)、5月 14日(土)・15日(日)
8月 27日(土)・28日(日)、11月 5日(土)・6日(日)

会場：KaVo 東京セミナールーム
〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー 15F

福岡

4月 2日(土)・3日(日)、8月 6日(土)・7日(日)

会場：KaVo 福岡セミナールーム
〒812-0006 福岡市博多区上牟田1-18-24

名古屋

5月 28日(土)・29日(日)、9月 10日(土)・11日(日)

会場：KaVo 名古屋セミナールーム
〒460-0008 名古屋市中区栄3-3-21 セントライズ栄3階

時間：1日目… 10:00~18:00
2日目… 9:00~17:00

募集人数：10名

受講料：¥110,000(税込)

1日目研修終了後、平井先生を囲んで懇親会を行いたいと思います。
(会費¥6,000 / 会費は別途申し受けます。)

聴講生募集

募集人数：4名
聴講料：¥44,000(税込)

勝手ながら聴講資格は、今迄に、弊社主催による平井先生のコースを2回以上受講された先生で、2日間とも聴講できる先生に限らせていただきます。

お申し込み方法

下記申込書にご記入の上、FAXにてお申込みください。お申込みは、先着順にお受けいたします。担当より折り返し「お申込み確認書」をお送りいたしますので、受講料は確認書到着後1週間以内に、指定の口座へお振込みください。
ご入金をもちまして正式お申込みとさせていただきます。ご入金後の返金には応じかねますので、あらかじめご了承ください。
銀行振込にてお支払いの場合は、各金融機関発行の振込明細票が正規領収書としてご利用いただけます。

お申込み・お問合わせ先

カボ デンタル システムズ ジャパン株式会社
〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35
TEL 03-6866-7480 FAX 03-6866-7481
受付担当：(東京)松永・(名古屋)橋本・(福岡)松田

「2016年 臨床家のための実践的歯内療法」ベーシックコース 受講申込書

▶▶▶ FAX 03-6866-7481

お名前	ふりがな 生年月日(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 () <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> ご開業 <input type="checkbox"/> ご勤務 <input type="checkbox"/> その他()	参加希望コース
お勤め先名	ふりがな	卒学校 卒年度	お勤め先へのご連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 以下※欄にご記入ください	<input type="checkbox"/> 東京 ____月 ____日・ ____日 <input type="checkbox"/> 福岡 ____月 ____日・ ____日 <input type="checkbox"/> 名古屋 ____月 ____日・ ____日
お勤め先ご住所	〒 _____	TEL _____ FAX _____		懇親会
※ご連絡先ご住所	〒 _____	TEL _____ FAX _____		聴講コース(既受講コース)
E-mail		お取引ディーラー様名		<input type="checkbox"/> 出席 _____年コース <input type="checkbox"/> 欠席 _____年コース

※記載された個人情報を含む情報を、弊社よりの「各種セミナーの案内」「各種製品情報の提供」「ご案内」などの送信、送付データとして使用させていただく場合があります。

S621