

ベーシックコース

臨床家のための
実践的歯内療法

講師 平井 順先生

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 代議員、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たいと思います。1日目は講義の後、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4日(土)–5日(日)、5月13日(土)–14日(日)

8月19日(土)–20日(日)、12月2日(土)–3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22日(土)–23日(日)、8月5日(土)–6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

9月2日(土)–3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3F

時間 1日目 10:00~18:30
2日目 9:00~17:30

定員 10名

受講料 ¥110,000 (消費税込)
¥116,000 (消費税・懇親会会費込)

※1日目研修終了後、平井先生を囲んで懇親会を実施いたします。参加をご希望の方は、受講料と会費¥6,000を併せてお振込みください。懇親会をキャンセルされる場合は、懇親会当日の1週間前までにお電話ください。会費を返金申し上げます。

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。

お申込み
方法セミナーID
S621

1. WEBまたはFAXにてお申込みください。



カボセミナー 検索

or FAX
(裏面)

3. 確認書到着後1週間以内に受講料をお振込みください。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。

※お申込みはセミナー開催日の3営業日前までをお願いいたします。(セミナーが土曜の場合、その週の水曜までにお申込みください。弊社休業日は土日祝日となります)

※各金融機関発行の申込明細票が正規領収書としてご利用いただけますので、こちらを領収書とさせていただきます。

※キャンセルポリシー ご入金後のキャンセルにつきましては、開催日より7営業日(土・日・祝除く)前の17時までにお電話にてご連絡ください。これ以降のキャンセルにつきましては、100%をキャンセル料として申し受けます。なお、別開催日への変更はいたしかねます。何卒ご了承ください。詳しくはお申込み後、詳細案内をお送りいたしますのでそちらをご覧ください。

お申込み・お問合せ先 | 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 御殿山トラストタワー 15F
受付担当：営業サービス推進(セミナー受付担当)

TEL：東京 03-6866-7480 名古屋 052-238-1146 大阪 06-7711-0450 福岡 092-441-4516

http://www.kavo.jp

カボ デンタル システムズ ジャパン株式会社

営業サービス推進(セミナー担当)行

FAX 03-6866-7481

セミナー ID:S621

「2017年 臨床家のための実践的歯内療法」 受講申込書	
お名前	ふりがな ----- -----
ローマ字 (お名前)	
ご職業など	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> ご開業 <input type="checkbox"/> ご勤務 <input type="checkbox"/> その他()
ご勤務先	ふりがな ----- -----
	ご住所 〒
	電話
	FAX
E-mail	
ご勤務先へのご連絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※不可の場合は下記「ご連絡先ご住所等」にご記入をお願いいたします
ご連絡先 <small>※ご勤務先へのご連絡が不可の方のみ</small>	ふりがな ----- -----
	ご住所 〒
	電話
	FAX
E-mail	

参加希望コース	
東京	<input type="checkbox"/> 3月4日(土)–5日(日) <input type="checkbox"/> 5月13日(土)–14日(日) <input type="checkbox"/> 8月19日(土)–20日(日) <input type="checkbox"/> 12月2日(土)–3日(日)
福岡	<input type="checkbox"/> 4月22日(土)–23日(日) <input type="checkbox"/> 8月5日(土)–6日(日)
名古屋	<input type="checkbox"/> 9月2日(土)–3日(日)
<input type="checkbox"/> 聴講コースを希望 既受講コース _____年コース _____年コース	

懇親会
<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加