

SRPプライマリーコース

～まずは基本の習得から始めませんか?～

1日コース

本コースは卒業すぐの新人もしくは新たにSRPを始める方にお勧めのコースです。学校では習っているけど実践で患者さんに処置するには不安があったり、わからないことがあるという悩みを解決するために、シャープニング方法からキュレットの挿入方法、効果的なキュレットの操作方法を習得するためのレストやストロークなど、基本中の基本でありながらスキルアップにおいて最も重要なポイントを中心に臼歯部近心面の実習カリキュラムです。まささらな気持ちでトライしてみませんか?

メイン講師(石原先生)とサブ講師による少人数制セミナーです。

日時・会場

2019年5月22日(水)
6月13日(木)
7月24日(水)
各日 10:30～17:00

振込先

お申込み受付後、セミナー受付確認の返信文にお振込み情報の詳細を明記させていただきます。

お申込み

参加申込書を
FAX送信願います。

モリタより
セミナー受付確認の
返送をいたします。

参加費用を
お振込み
ください。

※参加費は開催日約2週間前に送付いたします。 ※セミナー受付確認の返送が、お申込み後、数日内(特別休日を除く)に届かない場合は、ご連絡ください。
※お電話での申込みは受付しておりません。FAXまたはWEBよりお申込みください。

株式会社モリタ 東京本社 5F
東京都台東区上野2-11-15 TEL 03-3834-6164

定員

24名

※定員にのり次第締め切ります。
※セミナーは開催定員に達しない場合は中止する場合がございますので予めご了承ください。

持参品

- ①筆記用具 ②ミラー ③いつも使用している砥石
④切れ味の悪いグレーシーキュレット
セミナーの中でシャープニング実習を行いますので、なるべく本数多く持参して下さい。
※最低でもグレーシーキュレットタイプ11/12・13/14を各2本とグレーシーキュレットミニタイプ11/12を持参して下さい。
(グレーシーキュレットミニタイプ11/12をお持ちでない場合はオリジナル11/12で代用いただけます)
⑤髪留め SRP実習時、ご本人の髪が講師指導の妨げになってしまう方がいらっしゃいますので、髪をまとめられるものをご用意下さい。ゴムでも結構です。
⑥エプロン シャープニング実習を行いますので洋服への汚れが気になる方は持参下さい。

講師



株式会社COCO Dent Medical 代表取締役
フリーランス歯科衛生士

石原 美樹 先生

1991年 愛知県海部郡 月星歯科クリニック勤務
1995年 月星歯科クリニック退社、フリーランスとなる
2006年 日本歯病学会認定歯科衛生士 取得
2008年 スタディグループKOKO設立
2009年 日本医療機器学会 第2種減菌技士 取得
2010年 日本口腔インプラント学会専門歯科衛生士 取得
2011年 日本臨床歯病学会認定歯科衛生士 取得
2013年 CEセミナー デンタルハイジストコース講師
2016年 株式会社COCO Dent Medical 設立

参加費

モリタ友の会 会 員(本人)…………… 21,600円(税込)
スタッフ(院長が一般員)… 24,840円(税込)
未 入 会 ……………… 35,640円(税込)

※参加費には器材代、昼食代を含みます。
※写真撮影、ビデオ撮影、録音等はお断りさせていただきます。
※参加費はセミナー受付確認の返信文到着後、1週間以内にお振込みください。
(開催日当日まで、2週間未満のお申込みの場合には、速やかにご入金ください)
振込確認を持ちまして、正式な受付完了とさせていただきます。
※開催日前10日を期してキャンセルによる参加費の返金はいたしかねますので予めご了承ください。

お問合せ

株式会社モリタ 東京本社セミナー係

TEL 03-3834-6164 FAX 03-3834-4076

受付時間 9時～17時(土・日・祝祭日除く)

携帯電話・スマートフォンからもお申込みいただけます。



主催 モリタ友の会

入会するとお得!!
2019
モリタ友の会
会員募集中!

Webでのお申し込みやモリタ友の会入会募集情報のご確認は www.dental-plaza.com をご利用ください。

| | |
|--|---|
| 参 加 申 込 書 ※希望日程に☑印を記入してください。 東京 <input type="checkbox"/> 2019/5/22 <input type="checkbox"/> 2019/6/13 <input type="checkbox"/> 2019/7/24 ※参加される場合は、必ず事前に参加申込書をご提出ください。 〒 | お名前 (ふりがな) 医 院 名 お勤め先 TEL |
| | ローマ字名前 FAX 当日の緊急連絡先TEL |
| ご案内の送付先 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> ご自宅 | 支店営業所 TEL ※電話番号も必ずご記入ください。 |
| お出りのディーラー ※支店・営業所名までご記入ください。 <input type="checkbox"/> モリタ友の会 会 員 (本人・院長)が会員 ※どちらかに○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 未入会 | セミナー参加申込と同時にモリタ友の会に入会される場合☑印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士会員 年会費 3,240円(税込) <input type="checkbox"/> 一般 会 員 年会費 8,640円(税込) <input type="checkbox"/> 2020年度からの自動更新はしない。 ※友の会年会費はお出りのディーラーからの請求に依りますので参加費と一緒にお振込みいただく必要はありません。 ※会員資格 2019年4月1日～2020年3月31日(1年毎更新制) |