

Erbium Laser フォローアップ プチセミナー

う蝕歯無痛的窩洞形成加算40点、
手術時歯根面レーザー応用加算60点に併せて
2018年4月より口腔粘膜処置等が保険収載されました。

Erbium Laserアーウィンアドベールを購入したけれど、
「色々な症例に使えていない！」
「今さらこんなこと聞いていいのかな？」など
現状を打破したい先生や、「これから導入を検討しているけれども、
いきなりハンズオンセミナーを受けるのは…」と
お考えの先生の為にプチセミナーを企画致しました。
ハンズオンではなくErbium Laserの臨床応用について幅広く
経験を持たれている山本敦彦先生によるデモンストレーション中心の
セミナーです。また事前アンケートにお答えいただくことにより、
コース内容を変更し疑問点を少しでも解決できるコースと
なっております。

※質問が多い場合お答えできない可能性もございます。ご了承下さい。



【講師】

山本 敦彦 先生

大阪府富田林市開業
朝日大学歯学部 歯周病学科 客員教授
元 東京医科歯科大学 歯周病学科 非常勤講師
日本レーザー歯学会 代議員 専門医 指導医
Er:YAGレーザー臨床研究会 委員
日本歯周病学会 認定医
日本臨床歯周病学会 会員
アメリカ歯周病学会 会員
Academy of Osseointegration 正会員
JIADS Advance course 講師



【開催日】 2019年10月3日(木)
13:00~16:00

2020年2月6日(木)
13:00~16:00

【タイムスケジュール】

- 13:00 ~ 14:00 プレゼンテーション
- 14:00 ~ 16:00 デモンストレーション

【会場】 株式会社モリタ 大阪本社 1ビル2F
吹田市垂水町3-33-18 TEL:06-6380-2525

【定員】 30名 ※定員にな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。

【参加費】

| 通常価格 | ペア価格 |
|------------|------------|
| 7,000円(税別) | 4,000円(税別) |

2名で受講すると、
一人あたりの参加費がお得！
是非、購入を検討中のご友人も
お誘い合わせの上ご参加ください。

※参加費は全て税別価格です。年度途中で消費税率の改定があった場合、
セミナー費は開催日時点での消費税率となります。予めご了承ください。
※台風などの天災の影響により開催を中止する場合がございます。
開催情報は弊社ホームページをご確認ください。
※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。
※お申し込み受付後、開催日の約1ヵ月前になりましたら、振込み情報等詳細
案内をお送り致します。恐れ入りますが事前のご入金をお願い致します。
※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
ご了承ください。
※振込手数料は振込側ご負担をお願いいたします。
※お振込の控えをもちまして、領収書に代えさせていただきます。

【持参品】 筆記用具

【お申込み・お問合せ】

株式会社モリタ 大阪本社セミナー係
〒564-8650 大阪府吹田市垂水町3-33-18
TEL 0120-988-291または06-6338-7146 FAX 0120-988-520

お申込みはHP又は「参加申込書」ご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。「事前アンケート」にもご記入下さい。 *会場内のビデオ撮影等はご遠慮戴きますようお願い申し上げます。



お申込みは HP www.dental-plaza.com 又は FAX 0120-988-520

スマートフォン/携帯電話からQRコードで簡単アクセス!

参加申込書

Erbium Laser フォローアッププチセミナー

※希望日程に☑印を
記入してください。

2019年10月3日(木)

2020年2月6日(木)

| 2019年10月3日(木) | | 2020年2月6日(木) | |
|---|---|--|---|
| (ふりがな) | (ふりがな) | (ふりがな) | (ふりがな) |
| お名前 | 医院名 お勤め先 | お名前 | 医院名 お勤め先 |
| 参加証の 送付先 | <input type="checkbox"/> 医院 ※どちらかに☑をお付け下さい。 <input type="checkbox"/> ご自宅 ※参加証を送付させて 頂きますので必ずご記入下さい。 | 参加証の 送付先 | <input type="checkbox"/> 医院 ※どちらかに☑をお付け下さい。 <input type="checkbox"/> ご自宅 ※参加証を送付させて 頂きますので必ずご記入下さい。 |
| ご住所 | | ご住所 | |
| TEL | FAX | TEL | FAX |
| ※必ずご記入ください。(セミナー受付確認を返信いたします) 当日の緊急 連絡先TEL | | ※必ずご記入ください。(セミナー受付確認を返信いたします) 当日の緊急 連絡先TEL | |
| お出りの ディーラー ※支店・営業所名までご記入ください。 | | お出りの ディーラー ※支店・営業所名までご記入ください。 | |
| 支店 営業所 | | 支店 営業所 | |
| 講演参考のために先生方のご使用状況を必ずお聞かせ下さい。何卒、ご協力お願い申し上げます。 | | | |
| ■お使いのレーザーが有りましたらレーザーの種類をお聞かせください。 <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> Er:YAG <input type="checkbox"/> Nd:YAG <input type="checkbox"/> CO2レーザー <input type="checkbox"/> 半導体レーザー <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| ■お使いのレーザーが有りましたらレーザーの種類をお聞かせください。 <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> Er:YAG <input type="checkbox"/> Nd:YAG <input type="checkbox"/> CO2レーザー <input type="checkbox"/> 半導体レーザー <input type="checkbox"/> その他 | | | |