

コース概要 2017年

| 第1回 | 10/28(土) | 10/29(日) | 第2回 | 11/18(土) | 11/19(日) | 第3回 | 12/16(土) | 12/17(日) | | |
|-----------|--|---|-----------|--|-----------|--|-----------|---|-----------|---|
| 講義 | <ul style="list-style-type: none"> 総論 カリオロジー う蝕原性菌 プラーク 唾液緩衝能 糖質 保健機能食品 ライフサイクル(食生活) フッ化物 | <ul style="list-style-type: none"> 問診 X線の読影(パントモ/デンタル/CT) 口腔内診査 歯周組織検査 スタディモデル 口腔内写真 顔貌写真 プレゼンテーション作成方法 | 講義 | <ul style="list-style-type: none"> ペリオドントロジー 歯周病の分類 ペリオの病因論 歯周病のリスクファクター 歯周病原細菌 歯周基本治療 プラークコントロール ブローピング エキスポローリング ルーペの使い方とポジショニング | 講義 | <ul style="list-style-type: none"> 歯周基本治療 歯と歯周組織 歯周デブライドメント 歯周外科 シャープニング スケーリング ルートプレーニング | 講義 | <ul style="list-style-type: none"> メンテナンスの目的 メンテナンスの分類 メンテナンスプログラム 症例によるメンテナンスの実際(カリエス/ペリオインプラント/補綴物) | 講義 | <ul style="list-style-type: none"> 咬合・修復治療概論 コンサルテーション 全身疾患と疾患別問診のポイント メタボリックシンドローム ロコモティブシンドローム サルコペニア フレイル(オーラルフレイル) ペリオデンタルメディスン ドライマウス 総括 |
| 実習 | <ul style="list-style-type: none"> カリエスリスクテスト | <ul style="list-style-type: none"> 口腔内写真 顔貌写真撮影 プレゼンテーション作成 | 実習 | <ul style="list-style-type: none"> 歯周病原細菌検査 ブローピング エキスポローリングユニット実習 | 実習 | <ul style="list-style-type: none"> シャープニング デブライドメント ユニット実習 キュレット、超音波スケーラー机上実習 | 実習 | <ul style="list-style-type: none"> PMTcユニット実習 症例相談 | 実習 | <ul style="list-style-type: none"> ドライマウスの診断と対処法 唾液腺マッサージ |

時間

【土曜日】AM10:00~PM5:00 【日曜日】AM10:00~PM4:30

遠方からご参加くださる方で、10:00の開始時間に間に合わない場合はご連絡下さい

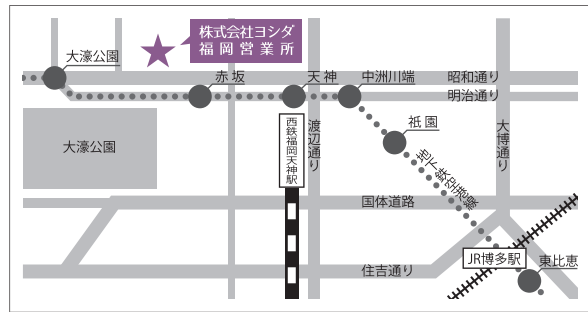
会場

株式会社ヨシダ 福岡営業所6階 (実習は4階ユニットルームを使用)

〒810-0074 福岡県福岡市中央区大手門3-2-5 TEL:092-715-1435

JR博多駅から…………… 地下鉄博多駅より姪浜・唐津方面の電車で5番目の大濠公園駅下車(所要時間10分)
地下鉄大濠公園駅4番出口より徒歩3分

タクシーご利用の場合…………… 昭和通りの労働金庫会館の近くとお伝え下さい



申込金

¥10,800(税込) 申込金の返却は致しかねます。講習会費への充当は致しませんのでご了承ください。

講習会費

¥194,400(税込) 総額¥205,200(税込・昼食込・12月16日(土)懇親会費込)

コースではキュレット2本・ブローブ・エキスポローラー・カセット・正常咬合模型などをお渡します。

申込方法

申込書をFAXしていただき、申込金を下記の口座にお振り込みください。お振り込みをもちまして申込完了と致します(手数料は各自ご負担ください)。

| 申込先 | 振込口座 |
|--|---|
| ふじもと歯科医院内 A.A.C.H.C研修会 FAX:0968-68-3859 | 肥後銀行 荒尾支店 普通 1664894 F'sカンパニー株式会社 代表取締役 藤本珠美 |

| | | | |
|--------------------------|------------------|----|--------|
| 申込書 | 氏名 | カナ | 氏名(英字) |
| | 勤務先名 | | 紹介者名 |
| | 連絡先住所 | | |
| | 電話番号 | | FAX番号 |
| | メールアドレス(携帯アドレス可) | | |
| 各回の持参物などについては後日ご連絡いたします。 | | | |

内容に関するお問い合わせは、FAXまたはメールにてお願いします。
ふじもと歯科医院 FAX:0968-68-3859 E-mail:aachc@fujimoto-dental.jp (事務 橋本)