



ErL応用のためのベーシック ハンズオンセミナー

# 歯周再生療法とPeri-implantitis治療に Erbium Laserを応用するために必要なベーシックハンズオンセミナー

Erbium Laser アーウィンアドベールは保険治療におけるカリエス処置(う蝕歯無痛の窩洞形成加算)ならびに歯周外科処置(手術時歯根面レーザー応用加算)が保険収載されている唯一の歯科用レーザーである。  
 しかし本当の応用範囲はさらに高度な歯周再生療法やPeri-implantitisへの応用に有効に使える唯一のレーザーでもあります。  
 本セミナーはそのようなアドバンス応用が出来るようになるためのErbium Laserのベーシックな知識とテクニックを身につけるためのセミナーです。



【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 認定医 指導医  
 Er:YAGレーザー臨床研究会 委員  
 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

【希望日程に☑印を記入してください。】

開催日	開催地	定員
<input type="checkbox"/> 2017年10月9日(祝・月)	大阪	12名
<input type="checkbox"/> 2017年11月23日(祝・木)	大阪	12名
<input type="checkbox"/> 2018年1月14日(日)	大阪	12名
<input type="checkbox"/> 2018年3月4日(日)	大阪	12名

各日とも10:00~16:00です。

※開催地等、変更になる場合がありますので詳細についてはお問合せください。  
 ※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】モリタ友の会 会 員(本 人).....	21,600円[昼食代込]
スタッフ(院長が一般会員).....	(受講料20,000円/消費税1,600円)
未 入 会.....	32,400円[昼食代込]
	(受講料30,000円/消費税2,400円)

※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、領収書に代えてさせていただきます。

【持参品】拡大鏡(ルーペ)\*、白衣(実習予定)、筆記用具、  
 抜去歯牙(C1程度のカリエス)、抜去歯牙(歯石のついた歯牙)  
 ※普段ご使用になられている「拡大鏡(ルーペ)」をご持参ください。  
 (ご使用されていない場合は、こちらで準備いたします。)

【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。 \*会場内で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](http://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 ●ご参加される場合は、必ず事前に参加申込書をご提出ください。

●参加費 会員(本人)・スタッフ(院長が一般会員):21,600円 未入会:32,400円

## 歯周再生療法とPeri-implantitis治療にErbium Laserを応用するために必要なベーシックハンズオンセミナー

(ふりがな) お名前	(ふりがな) 医院名 お勤め先
---------------	-----------------------

〒	TEL
参加証の送付先 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> ご自宅 ※どちらかに☑をお付け下さい。 尚、参加証を送付させて 頂きますので必ずご記入下さい。	※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) FAX 当日の緊急 連絡先TEL

お出入りのディーラー ※支店/営業所名までご記入ください。	支店 営業所	TEL ※電話番号も必ずご記入ください。
----------------------------------	-----------	-------------------------

講演の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
■お使いのレーザーの使用年数をお聞かせください。	( )年					
■インプラント治療はされていますか。	<input type="checkbox"/> はい (システム: )	<input type="checkbox"/> いいえ				
■所属のスタディグループがありましたらお聞かせください。	( ) ( )	( )	( )	( )	( )	( )
■レーザー治療で興味のある分野はございますか。	<input type="checkbox"/> 歯周治療	<input type="checkbox"/> 硬組織	<input type="checkbox"/> 軟組織	<input type="checkbox"/> 再生療法・インプラント周囲炎	<input type="checkbox"/> その他( )	

<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。	会員 No. <input type="text"/>	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"/> 未入会		<input type="checkbox"/> 一般会員 年会費 8,640円(税込) <input type="checkbox"/> 勤務医会員 年会費 3,240円(税込)
		<input type="checkbox"/> 2018年度からの自動更新はしない。 ※友の会年会費はお出入りの歯科医院からのご請求になりますので参加費と一緒にお振込みいただく必要はございません。 ※登録期間:2017年2月1日~2017年11月30日 会員資格:2017年4月1日~2018年3月31日(1年毎更新制)