



Mentor Program Step-by-Step



Nobel Biocareが提案する新しいトレーニングプログラム

日程: 2021年

10/24(日) ▶ 11/21(日)

会場:

ナディアパークデザインセンタービル
〒460-0008
愛知県名古屋市中区栄3-18-1
ナディアパークデザインセンタービル6F

対象: インプラント治療 未経験者・初心者

参加費: 150,000円 (税込/模型代・昼食代を含む)
※全日程での受講料になります。
※ご都合により一部ご参加できない場合もご返金はいたしかねます。

定員: 6名
※プログラムは、少人数制とさせていただきます。
※先着順での受付となります。定員となり次第、締切とさせていただきますので、予めご了承ください。

講師: 疋田 久登 先生



概要

Nobel Biocareが提案する新しいトレーニングプログラムはStep-by-Stepにより、できるだけ早くインプラント治療を臨床応用できることを目的としています。治療に必要な全てのノウハウを集中的に効率よく学べ、長期的にトレーナーの先生方からの助言・指導を受けられる革新的なプログラムです。このプログラムの目的は、インプラントを正しく普及させ、患者様のQOLを向上させることです。

習得内容

- インプラント治療を始めるにあたり、求められる基本知識と実習経験を習得
- 手術、補綴処置にともなう要点・注意点を、実習・ライブオペを通して習得
- 術後の処置・注意事項・合併症対処方法について理解する

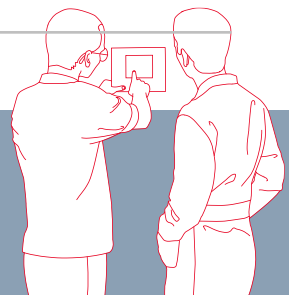
プログラムの特徴

- ✓ 少人数制グループによる密度の高い指導
- ✓ 手術時のメンターからの臨床支援
- ✓ すぐに実践ができる臨床実習中心の研修
- ✓ 困難な症例に対する外科手術サポート
- ✓ コース終了後も、メンターによる継続的なサポート
- ✓ アシスタントのレベルアップ(アシスタント同行の方)
(アシスタントの同行は1医院1名とさせていただきます)

プログラム

	DATE	COURSE PROGRAM
Step1	10月 24日(日) 10:00-17:00	インプラント外科総論(骨結合と表面性状の変遷) 欠損補綴におけるインプラント応用と効果
Step2	10月 31日(日) 10:00-17:00	補綴主導型診断によるX線画像診断の応用とノーベルガイド インプラント埋入外科術式と模型実習
Step3	11月 7日(日) 10:00-17:00	インプラントの咬合と補綴術式 上部構造の選択と結合様式(模型実習によるアバットメント選択と印象法)
Step4	11月 21日(日) 10:00-17:00	審美領域におけるインプラント療法、偶発症と患者管理 症例相談と解説 ※終了後懇親会を予定しております
Step5		ライブオペ未定

※各項目・研修内容は変更の可能性がございます。



講師



疋田 久登

1988年 愛知学院大学歯学部 卒業
1991年 ブローネマルク クリニック(スウェーデン)にて研修
1993年 名古屋市開業
1994年-2003年 南カリフォルニア大学 卒後研修生
2007年 愛知学院大学歯学部大学院卒業

歯学博士
医療法人恒惇会 理事長
愛知学院大学歯学部歯科矯正学講座 非常勤講師
JARD international 会長

講師コメント

インプラント療法による欠損を有する歯列の審美機能回復は、歯牙単位ではなく歯列もしくはその周囲組織の長期的な健康を維持する事が最重要であると考えられます。さらには、その予知性の高い予後には最終補綴物を考慮した診断が必要不可欠であります。

ブローネマルクシステムから始まった30以上に渡る私のインプラント臨床経験を踏まえ、X線画像診断から埋入外科、インプラント補綴まで、最新のプロセラソリューションを加え、お伝えしたいと思います。

プログラムの特徴

- ✓ コース終了後も、メンターによる継続的なサポート
- ✓ 少人数制グループによる密度の高い指導
- ✓ すぐに実践ができる臨床実習中心の研修
- ✓ 手術時のメンターからの臨床支援
- ✓ プログラム終了後の技術面及び心理面でのサポート
- ✓ 困難な症例に対する外科手術サポート
- ✓ アシスタントのレベルアップ(アシスタント同行の方)
(アシスタントの同行は1医院1名とさせていただきます)

参加申込書

10/24-11/21 Dr. Hikita Mentor Program 1003

下記申込書にご記入のうえ、FAXにてお申込みください。追ってお申込みの受領および受講料のご案内をFAXにてご連絡いたします。なお、ご入金をもって正式なお申込みとさせていただきます。ご入金後の返金はいたしかねますので予めご了承ください。また、銀行振込の場合、領収書の発行はいたしかねます。

お名前

- 医院長
 勤務医

ローマ字名

医院名

住所 〒

電話番号

FAX番号

E-mail

※本コースのレビュー、今後のコース情報などをメール配信致します

- 受け取る 受け取らない

ご出身校/ご卒業年度

年卒業

ご経験値)

インプラント症例数(埋入本数)

症例

本

歯周外科症例数

症例

埋伏歯抜歯症例数

症例

使用しているインプラントシステム

よく使用する補綴装置の種類:

よく用いるインプラント上部構造の材料:

プログラムで取上げてほしい内容:

スターターキット

年

月

購入済 ・ 未購入

決済方法をお選びください

クレジットカード決済 (製品購入にご使用のカード) / 銀行振込

※ご協力ありがとうございました。ご提供いただいた情報は、目的以外の用途に使用いたしません。また漏洩のないように取扱いには厳重に注意いたします。

お申込先

Fax.03-6408-4175

主催: ノーベル・バイオケア・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13F
お問合せ先: 営業部 白石 090-6797-1157
www.nobelbiocare.com

2021年5月