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

Hands-on あり

Certificate あり

日程: 2022年

対 象: インプラント治療 未経験者・初心者

10/23(日) ▶ 11/23 (水/祝) ■ 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。

会 場:

ラウンドテラス伏見 2F

〒 460-0003

愛知県名古屋市中区錦1丁目17-26-2F

定 員: 6名

※プログラムは、少人教制とさせていただいております。 ※先着順での受付となります。定員となり次第、 締切とさせて頂く場合がございますので、予めご了承ください.

講師: 疋田 久登 先生

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。治療に必要なすべてのノウハウを集中的に効 率よく学べ、長期にトレーナーの先生から助言・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。



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 IARD 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31年以上に渡 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。

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

- ✓ 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)



プログラム

	DATE		COURSE PROGRAM			
Step1	10月 23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 30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 13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 23日(水/祝)	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。

参加申込書

10/23-11/23 Dr. Hikita Mentor Program 403

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		* 7	本コースのレビュー、今後のコース情					
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	固症例数 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・オ	·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 前田 080-9208-5317

の同言で元: **呂未即 門田 000-9200-3317**