

■ 日程：2016年

2/7(日) ▶ 2/28(日)

■ 会場：

大阪大学 中之島センター405号

〒530-0005

大阪府大阪市北区中之島4-3-53

※変更になる場合あり

■ 対象：インプラント治療 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ませようお願いいたします。

■ 講師：楠本 直樹 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。

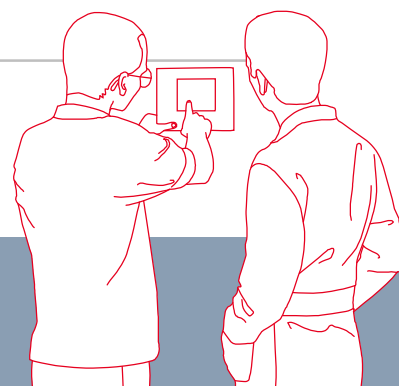
## 習得内容

- 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・合併症対処も経験豊かな講師からのアドバイス
- 講師のサポートを受けながらインプラント治療を開始できます
- ご希望により個別に手術サポートが可能です

## プログラム

	DATE		COURSE PROGRAM
Step1	2月 7日(日)	09:30-17:00	患者の選定、診査・診断・治療計画の作成 - インプラント治療の概要、CT撮影による術前診断、埋入手術の説明
Step2	2月 11日(木・祝)	09:00-17:00	ノーベルクリニシャンを利用したインプラント治療計画と外科に関して
Step3	2月 20日(土) ※予定	14:00-18:00	オペ見学 (於:楠本歯科医院・宝塚市 ※変更になる場合がございます) - 埋入手術見学と解説
Step4	2月 21日(日)	09:00-17:00	インプラント埋入実習 - リプレイスセレクト・インプラントの埋入実習と説明
Step5	2月 28日(日)	09:00-17:00	補綴・印象採得の実習 & プロセラに関して - 補綴の実習と解説、メンテナンスなど

※各項目・研修内容は変更の可能性がございます。





楠本 直樹

1996年 大阪大学歯学部卒業  
 1996年 大阪大学大学院歯学研究科 統合機能口腔科学専攻  
 口腔機能再建学講座(旧歯科補綴学第一)入学  
 2000年 大阪大学大学院歯学研究科 統合機能口腔科学専攻  
 顎口腔機能再建学講座(旧歯科補綴学第一)修了  
 2000年 大阪大学歯学部附属病院医員インプラントグループ所属  
 2008年 大阪大学歯学部附属病院助教インプラントグループ所属  
 2011年 3月 大阪大学歯学部退職  
 2011年 6月 楠本歯科医院開業  
 所属学会  
 日本口腔インプラント学会 専門医  
 日本補綴歯科学会 専門医

| 講師コメント |

インプラント治療を行うに際し、基本となる事項を整理し講義・実習・ライブオペを通じて確実に知識・手技をマスターするためのコースです。  
 またライブオペでは実際にオペを見学していただきポイントを詳細に解説したいと思います。

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
- ✓ プログラム終了後の技術面及び心理面でのサポート
- ✓ 手術時のメンターからの臨床支援
- ✓ 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)

参加申込書

2/7-2/28 Dr. Kusumoto Mentor Program

502

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	<input type="checkbox"/> 医院長 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 受け取る <input type="checkbox"/> 受け取らない		
ご出身校/ご卒業年度		/ 年卒業
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  その他のカード → 追ってご連絡します ) /  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は厳重に注意いたします。

お申込先

**Fax.03-5495-3250**

主催: ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社

108-0075 東京都港区港南2-16-4品川グランドセントラルタワー8F

お問合せ先: 営業部 阪口 080-1331-6050

www.nobelbiocare.co.jp