

# Erbium Laser フォローアップ プチセミナー

う蝕歯無痛窩洞形成加算40点、  
手術時歯根面レーザー応用加算60点に併せて  
2018年4月より口腔粘膜処置等が保険収載されました。

Erbium Laserアーウィンアドベールを購入したけれど、  
「色々な症例に使えていない！」  
「今さらこんなこと聞いていいのかな？」など  
現状を打破したい先生や、「これから導入を検討しているけれども、  
いきなりハンズオンセミナーを受けるのは…」と  
お考えの先生の為にプチセミナーを企画致しました。  
ハンズオンではなくErbium Laserの臨床応用について幅広く  
経験を持たれている山本敦彦先生によるデモンストレーション中心の  
セミナーです。また事前アンケートにお答えいただくことにより、  
コース内容を変更し疑問点を少しでも解決できるコースと  
なっております。

※質問が多い場合お答えできない可能性もございます。ご了承下さい。



【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 専門医 指導医  
Er:YAGレーザー臨床研究会 委員  
日本歯周病学会 認定医  
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

【開催日】  2019年5月30日(木)  
13:00～16:00

10月3日(木)  
13:00～16:00

2020年2月6日(木)  
13:00～16:00

【タイムスケジュール】

○13:00～14:00 プレゼンテーション

○14:00～16:00 デモンストレーション

【会場】 株式会社モリタ 大阪本社 1ビル2F  
吹田市垂水町3-33-18 TEL:06-6380-2525

【定員】 30名 ※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】	通常価格 7,000円(税別)	ペア価格 4,000円(税別)	2名で受講すると、 一人あたりの参加費がお得！ 是非、購入を検討中のご友人も お誘い合わせの上ご参加ください。
-------	--------------------	--------------------	--

※参加費は全て税別価格です。年度途中で消費税率の改定があった場合、  
セミナー費は開催日時時点での消費税額となります。予めご了承ください。  
※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、領収書に代えさせていただきます。

【持参品】 筆記用具

【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 Erbium Laser フォローアッププチセミナー  2019年5月30日(木)  2019年10月3日(木)  2020年2月6日(木)

<p>(ふりがな)</p> <p>お名前</p> <p>参加証の送付先 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 自宅</p> <p>ご住所</p> <p>TEL FAX</p> <p>お出りのディーラー</p> <p>講演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。</p> <p>■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</p>	<p>(ふりがな)</p> <p>医院名 お勤め先</p> <p>参加証の送付先 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 自宅</p> <p>ご住所</p> <p>TEL FAX</p> <p>お出りのディーラー</p> <p>講演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。</p> <p>■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</p>	<p>(ふりがな)</p> <p>お名前</p> <p>参加証の送付先 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 自宅</p> <p>ご住所</p> <p>TEL FAX</p> <p>お出りのディーラー</p> <p>講演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。</p> <p>■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</p>	<p>(ふりがな)</p> <p>医院名 お勤め先</p> <p>参加証の送付先 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 自宅</p> <p>ご住所</p> <p>TEL FAX</p> <p>お出りのディーラー</p> <p>講演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。</p> <p>■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</p>
--	---	--	---