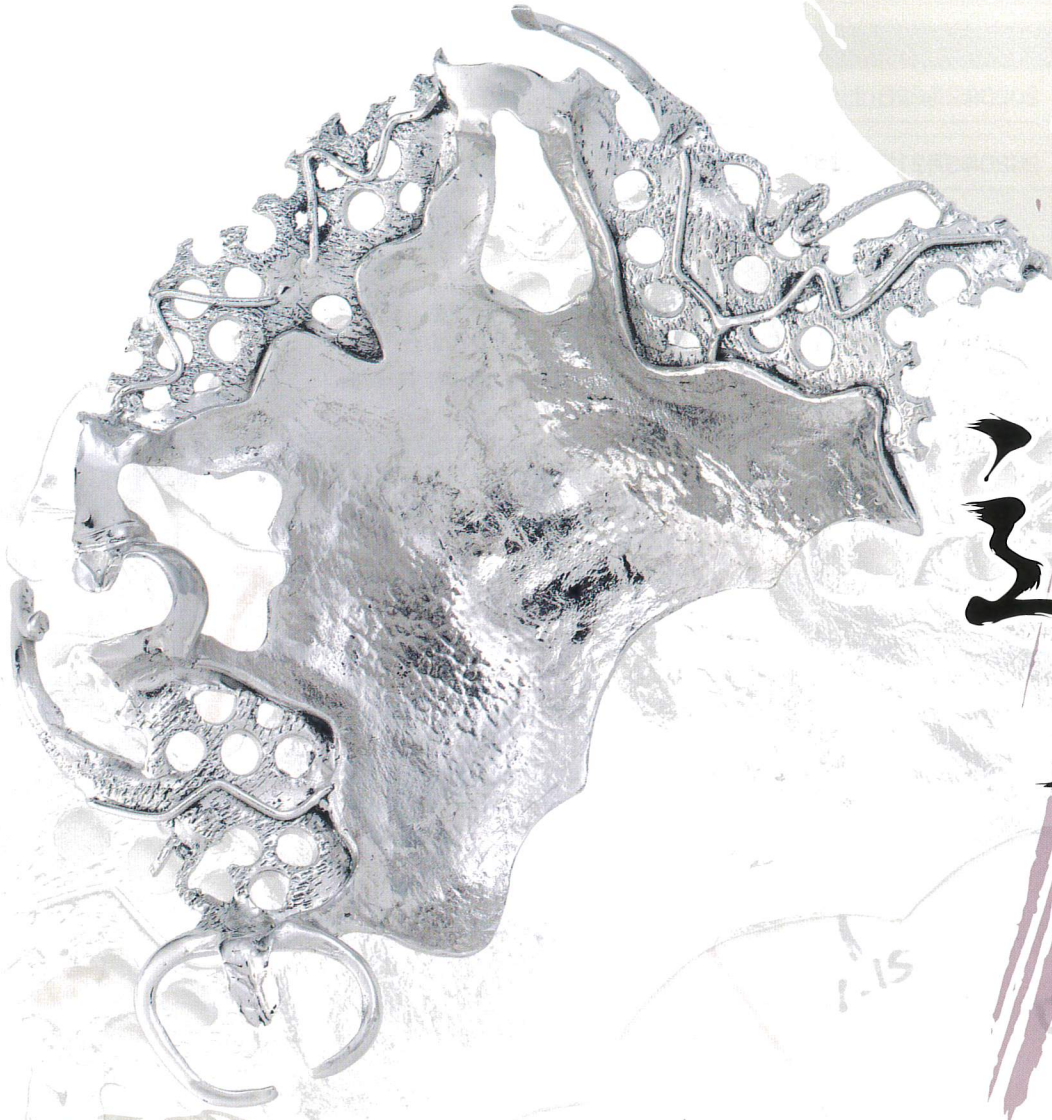




2019年度 中野道場  
キャストパーシャル 実技研修会

# 中野道場



中野 進也 先生

2001年 九州医療福祉専門学校 卒業  
(株)伊東デンタル研究所 入社  
2009年 伊東歯科口腔病院技工部 転籍  
2010年 長崎歯科技工専門学校非常勤講師  
2012年 ジョイクリエイト開設  
日本補綴構造設計士協会 (PSD) 講師  
九州医療専門学校非常勤講師

## キャストパーシャルストラクチャー クリエイトコース

4日間コース

近年、超高齢化社会において快適なキャストパーシャルの需要が求められています。キャストパーシャルは欠損補綴治療の分野において、その実力と永続性を秘めていると言っても過言ではありません。患者様の欠損状態のあらゆる考察をもとに、キャストパーシャルのデザイン“力”を応用し、同時に鍛錬されたマテリアルセレクトションにより完成された製作システムが確立します。

今回、患者様に寄り添える濃密な院内技工において、観察・考察した私自身の補綴ライフをもとに、患者様の装着感を如何に快適にするかの原点「心の技工学」を学びます。また、補綴構造設計の真髄である、機能的、構造的に安定した欠損補綴デザイナーを目指します。

マテリアルに関しては、キャストパーシャル製作システムにおいて唯一の国産メーカーである松風社のCDシステムを用いて、そのマテリアルの概略、特徴の解説をしながら、キャストパーシャル製作法のオリジナル要素を交えながら実習していきます。

明日からの歯科技工ライフの為に、さあ!患者さん“想い”のキャストパーシャル製作の門を叩いてみては如何でしょうか!

SHOFU INC.

# 2019年度 中野道場

キャストパーソナルストラクチャー クリエイトコース (構造設計、デザイン、ワックスアップ、鑄造、研磨)

**4日間コース**

申込	会場	京都コース 開催日	
<input type="checkbox"/>	株式会社 松風 京都本社 研修センター 3F	2019年10月19日(土)9:00~18:00	2019年10月20日(日)9:00~17:00
		2019年11月23日(土)9:00~19:00	2019年11月24日(日)8:00~17:00
申込	会場	東京コース 開催日	
<input type="checkbox"/>	株式会社 松風 東京支社 6F	2020年2月22日(土)9:00~18:00	2020年2月23日(日)9:00~17:00
		2020年3月21日(土)9:00~19:00	2020年3月22日(日)8:00~17:00

**【受講料】**

松風歯科クラブ会員
100,000円
一般(会員外)
120,000円
<b>定員 8名</b>

受講料には消費税、昼食代を含みます。また、各コース「使用材料など」をお持ち帰りいただけます。

に✓印を付けてください。

**【お申し込み方法】**

お申し込み時にお電話にて申し込み状況をご確認いただき、下記の受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

お申し込みの確認ができた方から、受講案内をご連絡いたします。受講料は右記の口座へお振り込みください。

お振り込みの確認ができた方から、受講に関する詳細資料を郵送いたします。

**【受講料お振り込み先】**

三井住友銀行京都支店 普通預金 口座番号8283957  
口座名 株式会社松風 技工セミナー

※キャンセル時の受講料の返金はご容赦願います。

※振り込み手数料はご負担願います。

※原則として領収書の発行はいたしません。必要な方はご遠慮なくお申し付けください。

※松風歯科クラブの年会費は歯科医師8,640円(税込)、歯科技工士4,320円(税込)です。

ご入会いただきますと会員価格にて受講いただけます。入会に際しましては、お取引先商店様にお申込みください。

※お申込みはご入金をもって完了となります。お早めにお振込みをお願い致します。

※受講料には昼食代と材料費を含みます。

**【お問い合わせ先・お申し込み先】**

〒605-0983 京都市東山区福福上高松町11  
株式会社 松風 営業部 IDT事業室 セミナー係  
TEL.075-561-1114 FAX.075-561-1160  
(受付時間9:00~12:00 13:00~17:00 土・日・祝日を除く)

受講申込書		<input type="checkbox"/> のいずれかに✓印を付けてください。	
ローマ字 (修了証を発行いたしますので必ずご記入ください。)	フリガナ	お取引商店名	有限会社マルヤマ歯科商店
受講者名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	貴医院名・貴技工所名	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科技工士
住所 〒	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 技工所		
TEL.	FAX.		
<input type="checkbox"/> 松風歯科クラブ会員 (会員番号 )		<input type="checkbox"/> 入会を希望する <input type="checkbox"/> セミナーのみ申し込む	

弊社は、お客様からご提供いただきましたお名前、ご住所、お勤め先、お電話番号等の個人情報は、今回のセミナー及び、今後弊社で開催する研修会のためだけに利用し、管理いたします。

## FAX.075-561-1160



世界の歯科医療に貢献する

**株式会社 松風**

●本社:〒605-0983京都市東山区福福上高松町11・TEL(075)561-1112(代)

●支社:東京(03)3832-4366 ●営業所:札幌(011)232-1114/仙台(022)713-9301/名古屋(052)709-7688/京都(075)757-6968/大阪(06)6330-4182/福岡(092)472-7595

<http://www.shofu.co.jp>