

Erbium Laser フォローアッププチセミナー

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 専門医
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】 2021年6月3日(木)
13:00~16:30

2021年12月9日(木)
13:00~16:30

※新型コロナウイルス感染症の動向により、開催を中止させていただく可能性がございます。
また、感染拡大防止のため、記載の定員に満たない状態での受付締切や会場変更、
県をまたぐ受講はご遠慮をお願いする場合がございます。予めご了承ください。

【タイムスケジュール】

○13:00~14:00 プレゼンテーション

○14:00~16:30 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】 8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。

【参加費】 通常価格 **7,700円(税込)** ペア価格 **4,400円(税込)**
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で参加ください。

※写真撮影、ビデオ撮影、録音等はお断りさせていただきます。※台風などの天災の影響により開催を中止する場合がございます。開催情報は弊社ホームページをご確認ください。※お申込み受付後、開催日の約1ヶ月前になりましたら、振込み情報等詳細案内をお送りいたします。恐れ入りますが事前のご入金をお願いいたします。※開催前日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。※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、記載の定員に満たない状態で受付を締め切らせていただく場合がございます。

【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
〒564-8660 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



スマートフォン
携帯電話から
QRコードで
簡単アクセス！

セミナー受講前に役立つ! レーザー無料Webinar 配信中



参加申込書

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願いますようお願い申し上げます。

Erbium Laser フォローアッププチセミナー

※ご希望参加日に☑印を記入してください。

2021年6月3日(木) 2021年12月9日(木)

(ふりがな) _____ お名前 _____		(ふりがな) _____ 医院名 お勤め先 _____		(ふりがな) _____ お名前 _____		(ふりがな) _____ 医院名 お勤め先 _____	
参加証の送付先 〒 _____ <input type="checkbox"/> 医院 ※どちらかに☑をお付け下さい。尚、参加証を送付させて頂きますので必ずご記入下さい。 <input type="checkbox"/> ご自宅		参加証の送付先 〒 _____ <input type="checkbox"/> 医院 ※どちらかに☑をお付け下さい。尚、参加証を送付させて頂きますので必ずご記入下さい。 <input type="checkbox"/> ご自宅		参加証の送付先 〒 _____ <input type="checkbox"/> 医院 ※どちらかに☑をお付け下さい。尚、参加証を送付させて頂きますので必ずご記入下さい。 <input type="checkbox"/> ご自宅		参加証の送付先 〒 _____ <input type="checkbox"/> 医院 ※どちらかに☑をお付け下さい。尚、参加証を送付させて頂きますので必ずご記入下さい。 <input type="checkbox"/> ご自宅	
ご住所 _____		ご住所 _____		ご住所 _____		ご住所 _____	
TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____	
お出入りのディーラー ※支店・営業所名までご記入ください。 有限会社マルヤマ歯科商店		支店 営業所		お出入りのディーラー ※支店・営業所名までご記入ください。 有限会社マルヤマ歯科商店		支店 営業所	
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。		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。		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。		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。	
<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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	

お申込みは HP www.dental-plaza.com 又は FAX 0120-988-520

ご記入いただいたお申し込み情報は、モリタ個人情報収集方針に準拠し取り扱いたします。http://www.dental-plaza.com/policy/ 友の会セミナー開催に関する注意事項はwww.dental-plaza.com/rule/semi.htmlに掲載しております。