

Myobrace® System 導入セミナー 2019

—筋機能矯正システムとは—



—本セミナーの目的—

Myobrace® SystemをMyofunctional Research Co.(MRC)創設者 Dr. Chris Farrellの考えに沿ったシステムとして、正しく取り入れて頂く為にMyobrace® Systemがどのような治療なのか？最終的なゴールは何か？Myobrace® Systemに必要な不可欠な専任スタッフ(Educator)について詳しくお伝え致します。
また装置についても詳しくご説明致します。

—セミナー内容—

- Myofunctional Research Co. (MRC) とは？
- 従来の矯正治療との違いは？
- Dr. Chris Farrell の考えとは？
- Myobrace System のポイントとは？
- Myobrace System のゴールは？
- 専任スタッフ (Educator) の役割
- 患者の評価
- 患者の教育とアクティビティ *
- コンプライアンス獲得の重要性
- 装置説明・質疑応答

●対象

* 本セミナーご参加の方は、旧アクティビティ DVD をご購入頂けます。

Myobrace® System について興味はあるが、どのような治療なのかほとんど知識がないので知りたい、または Myobrace® System を取り入れることを検討されている方

●日程

※お申込みの際は必ずご希望の日程に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/>	2019. 2.13(水)	<input type="checkbox"/>	2019. 5. 9(木)	<input type="checkbox"/>	2019. 5.15(水)	<input type="checkbox"/>	2019. 5.30(木)
<input type="checkbox"/>	2019. 6. 6(木)	<input type="checkbox"/>	2019. 6.13(木)	<input type="checkbox"/>	2019. 6.19(水)	<input type="checkbox"/>	2019. 7. 4(木)

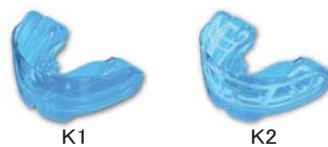
●時間

13:00~17:00

●場所

株式会社 オーティカ・インターナショナル モデルルーム

東京都新宿区四谷 2-9 KOTOBUKI ビル 3F(四ツ谷駅から徒歩5分)



定員 15名

※ドクター以外のお申込みは、クリニックにご勤務されている方のみとさせていただきます。

受講費	15,000円(税込) ※参加者全員にK1 Mediumを進呈			※講習会開催の2週間前よりキャンセル料100%が発生致します。 また2週間前までのキャンセルに伴うご返金の際は、振込手数料を差し引いた金額となります。	
お申込方法	必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。 FAX受領のお知らせをお送り致しますのでご確認後受講費をお振込みください。 ※お振込みの確認が取れ次第、正式登録となります。振込手数料は各自ご負担ください。 ※お振込みの際にお名前または歯科医院名をご入力ください。 例: オーティカ デンタル			振込方法: 申込受領書記載の振込先へご手配いただけます。 ※お振込み票の控えをもって領収書とさせていただきます。	
お問合せ先	株式会社オーティカ・インターナショナル講習会事務局 TEL:03-3353-3676 Mail:seminar@orthika.jp 担当:塚田・木暮			FAX:03-3353-3830	
ひらがな	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ご勤務先	<input type="checkbox"/> 矯正歯科	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科
お名前	<input type="checkbox"/> その他 ()				
クリニック ご住所	〒 -			TEL: ()	FAX: ()
※受領のお知らせをFAX致しますのでFAX番号も必ずご記入ください。					
<input type="checkbox"/> Trainer/Myobraceを弊社より購入 <input type="checkbox"/> Trainer/Myobraceをディーラーより購入 <input type="checkbox"/> 使用したことがない					

弊社記入欄	申込受付番号	受領FAX	振込確認	受講票送付

FAX : 03-3353-3830

お申込日 月 日

クリニック名		<input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科
クリニック ご住所	〒 -	TEL: () FAX: ()

※受領のお知らせをFAX致しますのでFAX番号も必ずご記入ください。

Trainer/Myobraceを弊社より購入
 Trainer/Myobraceをディーラーより購入
 使用したことがない

<input type="checkbox"/>	2019. 2.13(水)	<input type="checkbox"/>	2019. 5. 9(木)	<input type="checkbox"/>	2019. 5.15(水)	<input type="checkbox"/>	2019. 5.30(木)
--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	2019. 6. 6(木)	<input type="checkbox"/>	2019. 6.13(木)	<input type="checkbox"/>	2019. 6.19(水)	<input type="checkbox"/>	2019. 7. 4(木)
--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

※お申込みの際は必ずご希望の日程に☑を入れてください。

※ドクター以外のお申込みは、クリニックにご勤務されている方のみとさせていただきます。

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()

※講習会開催の2週間前よりキャンセル料100%が発生致します。

また2週間前までのキャンセルに伴うご返金の際は、振込手数料を差し引いた金額となります。

弊社記入欄	申込受付番号	受領FAX	振込確認	受講票送付