

# Myobrace® Member Introduction

～ MRC 本社の Doctor と Educator による Myobrace System の説明～



共催：株式会社オーティカ・プロモーション ・ 株式会社オーティカ・インターナショナル



## 本セミナーの目的

Myofunctional Research Co. (MRC) 創業者 Dr. Chris Farrell の考えに沿った Myobrace System を本格的に治療に取り入れて頂くため、Myobrace Member 加盟を検討されているクリニック向けに、Myobrace System、加盟条件などの詳細説明の他、Myobrace System 実施にあたり必要になる患者評価、Activities の実施方法を MRC のドクター及びエデュケーターからライブ デモンストレーションでお伝えさせていただきます。Member 加盟までのステップをスムーズに進めて頂くにあたり、お役立てください。

※ご契約までの1年以内に本説明会を受講頂くことが、加盟条件の1つとなっております。受講から1年以上が経過した場合は、弊社モデルルームで開催の加盟内容説明会（無料）に別途ご参加頂く必要がございますのでご了承ください。

なおモデルルームでの説明会は弊社スタッフによる説明となりライブ デモンストレーションの実施はございません。



## セミナー内容

- MRCの紹介
- 世界の Myobrace Member クリニックの紹介
- Myobrace System の紹介
- ドクターの役割
- Educator の役割
- 患者評価の実施方法 [ Live Demonstration ]
- 旧 Trainer Activities の実施方法 [ Live Demonstration ]
- 加盟条件説明
- 加盟に向けてのヒント (旧 Trainer Activities DVD、Web ページ活用方法など)
- 加盟特典説明

## ●日時

2019年4月13日(土) 10:00～17:00

## ●場所

東京コンファレンスセンター・品川4階  
〒108-0075 東京都港区港南1-9-36 アレア品川

## ●対象

Trainer™/Myobrace® を既に治療に取り入れて頂いており、Myobrace Member 加盟にご興味があるクリニック

受講費	40,000円(税込)			<b>定員 100名</b>	
				<small>※お申込みが複数名の場合、申込状況によりご参加人数を調整させていただきます。ご都合が御座います。</small>	
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。 ～キャンセル料について～ 講習会開催の2週間前よりキャンセル料として受講料の100%を申し受けます。	
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			<b>FAX: 03-3353-3830</b>	
ひらがな	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他		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	( )				
ご住所	〒 -			TEL: ( ) FAX: ( ) <small>※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。</small>	
<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		
弊社記入欄				申込受付番号	受領FAX
				振込確認	受講票送付