

筋機能矯正装置Trainer・Myobrace症例紹介

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



講師：大石 暢彦先生（大石歯科クリニック）

講師略歴

1992年 明海大学歯学部卒業
 1993年 日本歯科大学 高齢者歯科
 1999年 日本歯科大学補綴学 第3講座
 2005年 大石歯科クリニック開院

日本顎咬合学会 かみあわせ指導医
 日本老年歯科医学会 指導医・専門医

～講師：大石 暢彦先生より～

我々歯科医師は健康の管理者として、口腔硬組織のみならず患者さんの筋骨格系を観察する習慣を身につけ、長期に安定した咬合の確立を目指すべきである。

特に「お口ぼかん」とした口唇閉鎖不全の小児患者に対し、正しい舌の位置（嚥下）の獲得による中顔面の良好な発達、そして鼻呼吸による健康で強い体をつくる事は、医療従事者としてこの上ない喜びである。本研修では Trainer・Myobrace 治療のクリニックでの実践方法を解説する。

主な講演内容

- ・ Trainer を用いた症例発表
- ・ 症例ごとの使用装置の紹介
- ・ Trainer・Myobrace 装置の紹介
- ・ 呼吸・姿勢・嚥下の改善
- ・ 中顔面の良好な発達
- ・ 鼻呼吸による健康で強い体

<input type="checkbox"/>	日程	地域	最寄駅	会場	開始・終了時間	定員
<input type="checkbox"/>	2018, 8/30 (木)	東京	品川駅	品川シーズンテラスカンファレンス	13:00～17:00	60名
<input type="checkbox"/>	2018, 12/6 (木)	東京	品川駅	品川シーズンテラスカンファレンス	13:00～17:00	60名

※お申込みの際は必ずご希望の日程に☑を入れてください。

受講費	35,000円(税込)		※講習会開催の1か月前よりキャンセル料100%が発生致します。 また1か月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。 ※お振込みの際に開催地とお名前または歯科医院名をご入力ください。 例：トウキョウ オーティカデンタル		振込み先：(株)オーティカ・プロモーション 三井住友銀行 麹町支店(支店番号218) 普通 9226615 ※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 <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: () ※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"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅				
<input type="checkbox"/> Trainerをすでに使用している。		<input type="checkbox"/> Trainerを使用したことがない。				
この講習会をどこでお知りになりましたか？		<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> JOP <input type="checkbox"/> 小児歯科臨床 <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> その他				
弊社記入欄			申込受付番号	受領FAX	振込確認	受講票送付

※複数名のお申込みは裏面をご使用ください。

筋機能矯正装置Trainer・Myobrace症例紹介 お申込み書

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
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をすでに使用している。	<input type="checkbox"/> Trainerを使用していない。
この講習会をどこでお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> JOP <input type="checkbox"/> 小児歯科臨床 <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> その他

<input checked="" type="checkbox"/>	日程	地域	最寄駅	会場	開始・終了時間	定員
<input type="checkbox"/>	2018, 8/30 (木)	東京	品川駅	品川シーズンテラスカンファレンス	13:00~17:00	60名
<input type="checkbox"/>	2018, 12/6 (木)	東京	品川駅	品川シーズンテラスカンファレンス	13:00~17:00	60名

※お申込みの際は必ずご希望の日程に☑を入れてください。

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 ()

弊社記入欄	申込受付番号	受領FAX	振込確認	受講票送付