

SBC (Surgical Basic Course)
歯周形成外科コース
第4期生・第5期生・第6期生募集

ドクターにはFGGとCTGを。
 そして、Opeアシスタントを育てるコースです。

- 3日間の豚実習では2名に対し1人の講師ができるまで徹底指導いたします。
 さらにスタッフにも切開や縫合を行って頂きます。手術の基本を医院全体で習得
 することにより、診療スタイルを次の日から改善して頂くことが目的です。-



講師 青井 良太

略歴
 1994年 朝日大学卒業 兵庫県神戸市勤務
 1999年 貴和会歯科新大阪診療所勤務
 2003年 貴和会歯科銀座ペリオインプラントセンター勤務
 2007年 あおいデンタルクリニック開業
 麻布十番ペリオインプラントセンター開設
 2002年～2008年 JIADS講師 (Endo・Perio・Implantコース)
 2009年 Surgical Basic Course 開講
 SBC歯周形成外科コース講師 現在に至る

SBC講師
 粟田則正 (スマイル歯科クリニック)
 小川恵理子 (吉野歯科医院)
 木下富貴 (きのしたデンタルクリニック)
 古宇田道生 (こうた歯科クリニック)
 高井周太郎 (高井デンタルオフィス)
 塚田智子 (あおいデンタルクリニック)
 土屋厚 (栄光歯科医院)
 土屋美佐子 (栄光歯科医院) ほか
 SBC Member
 河野麻子 (APIC)
 仲本華奈子 (APIC) ほか

開催日程 (全3回)

第4期コース 10月24日 11月14日 12月12日	第5期コース H23年 5月22日 6月19日 7月24日	第6期コース H23年 10月16日 11月13日 12月 4日
--------------------------------------	--	---

受講料 (消費税・昼食代込)

- 歯科医師 ￥250,000-
※歯周外科器具13点及び材料費込
- コデンタルスタッフ ￥6,000-
※コデンタルスタッフ単独受講あるいは2名以上の参加希望の場合は、事務局までお問合せください。
※コデンタルスタッフは1日あたりの金額です。
事前に受講日を指定してお申込ください。
◆開催日の1ヶ月以内のキャンセルや途中の欠席に関しましては受講料の返金は致しかねます。予めご了承ください。

定員

25名

コース内容

- 第1回セミナー 10:00～17:00
外科総論/解剖/サージカルアシスタントの役割/切開・剥離・縫合
Distal Wedge/外科器具の取扱/豚実習(切開・剥離・縫合・Distal Wedge)
器具のメンテナンス・シャープニング実習
- 第2回セミナー 10:00～17:00
歯周治療の流れと歯周基本治療/術前準備/遊離歯肉移植術 (FGG)
根面被覆術 (CTG)/豚実習 (FGG・CTG)
器具のメンテナンス・シャープニング復習
- 第3回セミナー 10:00～17:00
宿題ケースの治療講義/豚実習 (FGG・CTG)/外科器具のメンテナンス
患者さんに信頼されるスタッフを目指して

●各回 Luncheon seminar / Scotch hour (17:00～自由参加)開催

※歯周外科器具13点セット付
 ※持参して頂くものは筆記用具のみです。
 各回オペ着等全てを用意しております。

会場

第4期1回目・第5期2回目3回目・第6期全3回 Biomed東京本社研修室 東京都港区芝1-5-9 住友不動産ビル2 号館1 F
 第4期2回目3回目・第5期1回目 東京コンベンションホールAP浜松町 東京都港区芝公園2-4-1ダヴィンチ芝パークB館地下1F
 TEL:03-5405-6109

ご希望コース 4期 5期 6期 ※漏れなくご記入ください。

セミナーFAXお申込書

FAX:03-6447-2108

医院名		TEL/FAX	
住所 〒		E-mail	
参加者氏名	漢字	English	<input type="checkbox"/> 歯科医師 区分 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> DA (<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回)
参加者氏名	漢字	English	<input type="checkbox"/> 歯科医師 区分 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> DA (<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回)
参加者氏名	漢字	English	<input type="checkbox"/> 歯科医師 区分 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> DA (<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回 <input type="checkbox"/> 第3回)
			ご紹介者様 医院名 お名前 様



SBC事務局 〒106-0045 東京都港区麻布十番1-7-1 MGBビル2階
 TEL:03-6447-2107 FAX:03-6447-2108 E-mail:sbc@aioi.sc