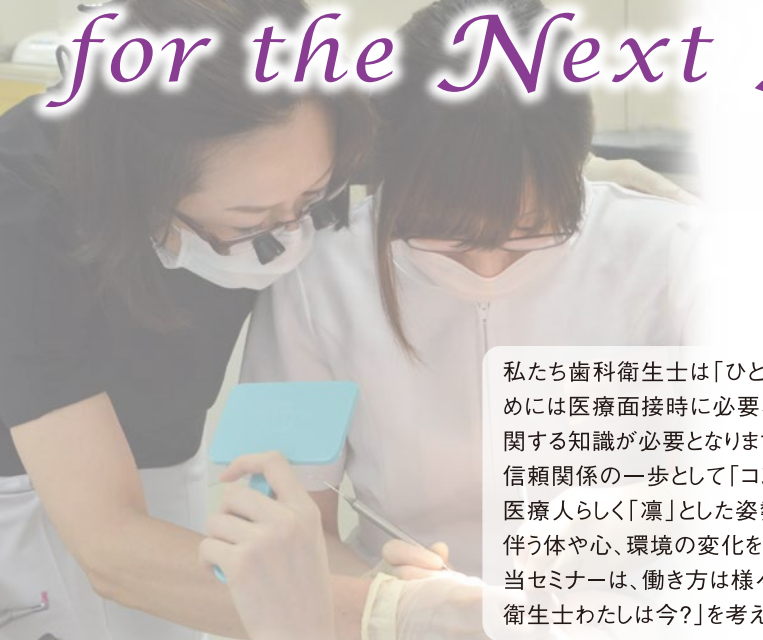


for the Next Stage Seminar



講師 安生 朝子(歯科衛生士)

1982年 栃木県衛生福祉大学校 歯科技術学部歯科衛生士学科卒業
 1986年 スタディーグループ「D.H.バトスの会」結成
 事務局代表、現在は顧問を務める
 1989年 藤橋歯科医院(宇都宮市)勤務
 2004年 JCPG理事
 2007年 (株)ジョルノ代表
 2013年 日本顎咬合学会 認定歯科衛生士 現在に至る

私たち歯科衛生士は「ひとの口腔健康」のために歯科基本治療やメインテナンスを担当します。そのためには医療面接時に必要なマナー、口腔内検査方法や基本治療の計画立案、全身疾患や服用薬に関する知識が必要となります。

信頼関係の一步として「コンサルテーション」や、患者さんやスタッフ間で必要な「コミュニケーション」は医療人らしく「凜」とした姿勢で臨みたいものです。また、高齢社会日本では患者さん個人ごとの加齢に伴う体や心、環境の変化を考えながら働く時間も増えました。よって歯科衛生士業務も多様化しました。当セミナーは、働き方は様々、考えかたもいろいろである歯科衛生士が2日間一緒に過ごしながら「歯科衛生士わたしは今?」を考えていただけることと思います。

【開催日時】 (※2日間コース)

【郡山会場】 平成27年 **10月3日(土)・4日(日)**

1日目 13:00~19:00 **2日目** 9:00~16:00

【対象】 歯科衛生士に限定させていただきます。

【定員】 20名

【参加費】 ¥33,000- (昼食、コーヒー代、実習材料費、消費税含)
 ホームページからのお申込なら10%OFFです。

【申込方法】

ヨシダホームページにて空席状況をご確認後、ホームページよりお申し込みください。FAXにてもお申し込みいただけます。

下記口座への参加費ご入金をもって、受付とさせていただきます。

みずほ銀行 本所支店 普通1853526 株式会社ヨシダ

お申し込みを確認後、受講票と会場案内をお送りします。
 ※お振込手数料はお客様負担をお願い致します。 ※お振込用紙をもって、領収書にかえさせていただきます。
 ※ご入金いただきました受講料の返金は致しかねます。 ※セミナー当日の撮影・録音は禁止とさせていただきます。

【会場】 南東北総合卸センター協同組合 3F 第9会議室
 郡山市喜久田町卸1丁目1-1 TEL.024-959-6001

【問合せ先】 (株)ヨシダ 東北支店(担当:相澤)
 仙台市青葉区木町通2-6-52 TEL.022-272-6353 FAX.022-272-6802

セミナーへのお申し込みはヨシダホームページから
 パソコンやスマホで簡単にお申し込みできます。
<http://www.yoshida-dental.co.jp>



ハンドキュレットの実習には、安生先生考案の「AASキュレットイニシャルセット」
 及び「AAエクスプロ」を使用しますので、受講当日ご持参ください。

※お持ちでない方は、事前に、購入されご持参ください。
 購入金額に関しては、申込先までお問い合わせください。

1日目

講義 歯周診査のための基礎学習

1. 医療面接時に必要なマナー
2. 口腔内全体をみる習慣と記憶力
3. ホームブランクコントロール安定と継続力
4. デンタルX-ray、CT読影と想像力
5. ブローピング、エキスポローリング技と時短力
6. アタッチメントレベルの経緯と観察力
7. 歯の解剖学知識と応用力
8. 歯の動揺の原因と判断力
9. 咬合の知識と対応力
10. インプラント治療における歯科衛生士の役割

2日目

講義 歯周診査のための基礎学習

1. 歯周診査結果を伝える力、聞く力
2. 歯周病の分類と治療方法の計画力
3. 症例検討で歯科衛生士担当力
4. 長期メインテナンスに必要な社会力

昼食 ランチョンセミナー (株)ヨシダ 歯科衛生士

1. 超音波スケーラーの説明
2. 音波式電動歯ブラシ「ソニックアー」の説明

相互実習 歯周診査のための基礎学習

1. トークポジションとワークポジション
2. PMTCテクニック
3. 超音波スケーラーテクニック
4. ハンドキュレットの基本テクニック

主催：株式会社 **ヨシダ**

「安生 朝子 for the Next Stage Seminar」申込書

| | |
|---------------------------|---|
| ご芳名ローマ字表記 (必ずご記入下さい) | ●開催日 平成27年 10月3日・4日(郡山) |
| ●ご芳名 | ●ご住所(自宅・勤務先)どちらかに○をつけて下さい。 〒 |
| ●勤務先歯科医院名ならびに院長名 | TEL. () FAX. () |
| ●臨床経験年数 年 ヶ月 | ●AASイニシャルセット/AAエクスプロ <input type="checkbox"/> 持参します <input type="checkbox"/> 購入します (AASイニシャルセット/AAエクスプロ) |
| ●緊急連絡先(※携帯電話) TEL. () | ●お出入りの歯科商店様名(※必ずご記入ください。) |

※弊社では申込書にご記入いただいた情報は、社内で適切な安全対策のもとに管理し漏洩等の防止に努めております。お客様の同意なく第三者への開示・提供はいたしません。弊社からのセミナー、サービス、新商品のご案内等に利用させていただく場合がございます。