

オシリス3Dによる診査診断と CAD/CAMシステムによる補綴修復



富塚 重幸 先生
福島県郡山市開業



近年、歯科業界におけるパノラマ3D及びCAD/CAM装置の診療における重要性はさらに増加傾向にあります。本講演では、パノラマ・3D複合機「トロフィーパンスマートオシリス3D」を用いた画像診断における有用性及びCAD/CAM連動機能について実症例を交えてお話をさせて頂きます。従来のレントゲン機器としての用途だけでなく、CADスキャナーとしての全く新しい運用方法のご紹介をさせて頂きます。また、実際の機器導入後の収支シミュレーションなど医院経営面の観点から内容も予定しております。皆様のご参加をお待ちしております。

【開催日時】 平成27年12月6日(日)
10:00~12:30

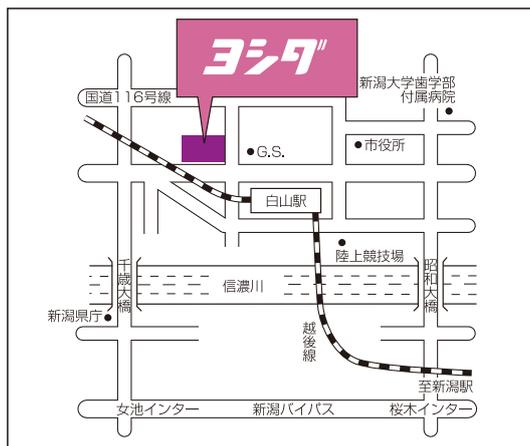
【会場】 (株)ヨシダ 新潟営業所 3階研修室
新潟市中央区関新1-2-1 TEL.025-265-1265

【定員】 10名

【受講料】 3,000円(税込)
ヨシダホームページからのお申込の場合は 2,700円(税込)

【お申込方法】 ヨシダホームページからお申し込みください。
FAXにてもお申込できます。

【お申込先】 (株)ヨシダ 新潟営業所(担当:繁野)
新潟市中央区関新1-2-1
TEL.025-265-1265 FAX.025-265-1270



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>

主催: 株式会社 **ヨシダ**

富塚先生セミナー 申込書 《平成27年12月6日(日) 新潟》

1日コース(午前:3D&CAD/CAM 午後:レーザー)

午前のみコース(3D&CAD/CAM) 午後のみコース(レーザー)

受講料

1日コース:3,000円(web申込は2,700円)

午前のみコース:3,000円(web申込は2,700円)

午後のみコース:5,000円(web申込は4,500円)

●ご芳名	●貴医院名
●ご住所 〒	TEL () ()
<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅	FAX (必須) () ()
★質問事項がございましたら、講演終了後に講師より回答いただきますので、ご自由にご記入ください。	
●お取引歯科ディーラー(必ずご記入ください) 担当者:	

これからレーザーを使う先生にも是非聞いてほしい

レーザー臨床講演会



長年ご使用いただいている炭酸ガスレーザーユーザーの講師により初めての方でもすぐにお使いいただけるような臨床例をお話いたします。

講師 **富塚 重幸 先生**

日本歯科大学歯学部卒業
日本歯科用レーザー学会理事
日本レーザー歯学会会員
日本先進インプラント医療学会専門医
評議員
AQBインプラント指導医
＜現在＞福島県郡山市にて開業



講演内容

- 口内炎、歯肉炎等の日常臨床からインプラント治療における基礎から応用まで
- 最先端のレーザー照射テクニックとは
- レーザーでなければできない症例とは

講師コメント

炭酸ガスレーザーを使っているが「使い方がよく解からない」「効果的な照射法を知りたい」「もっと便利に使いたい」「インプラント治療でレーザーをどのように使えばよいか解からない」など疑問に思っている先生は是非ご参加ください。本講演では、日常臨床からインプラントまで「レーザーを効果的に使うためのポイント」を解かりやすく解説いたします。また、私が実践しているレーザー治療により【患者が喜ぶ】＝【歯科医院の付加価値を高めること】もお伝えします。



日時 **平成 27 年 12 月 6 日 (日)**
13:30 ~ 16:00

会場 **株式会社ヨシダ 新潟営業所 3F 研修室**
新潟市中央区関新 1-2-1 TEL.025-265-1265

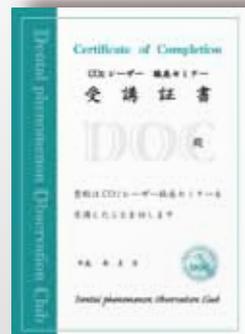
定員 **10 名**
(定員になり次第締め切らせていただきます)

受講料 **5,000 円 (消費税込)**
ユーザー **3,000 円**

案内図



受講された先生には
DOC 研究会より
「受講証書」が授与されます



お申込みは
TEL・FAX・又は
ホームページから

株式会社ヨシダ 新潟営業所 担当：津川
TEL.025-265-1265 FAX.025-265-1270
<http://www.yoshida-dental.co.jp>

主催：株式会社ヨシダ

レーザー臨床講演会 富塚重幸先生 平成 27 年 12 月 6 日 (日)

芳名 (ふりがな)	貴医院名	<input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 勤務医 (グループ 21)	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	出身校
貴医院住所 〒				
TEL. () FAX. ()				
お取引歯科商店				
*** 講師への質疑事項がございましたらご記入下さい。講演終了後、講師より回答いたします ***				

※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元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。