



Dental
Next
Action

All about YOSHIDA CBCT diagnosis

YOSHIDA

2018

1/6 **sat**

13:00 - 17:50

1/7 **sun**

9:30 - 17:10

※1/7終了後に懇親会を開催します。

第29回 ヨシダユーザーミーティング

歯科用CT

CAD/CAM

レーザー・マイクロスコープ・エムドゲイン

歯科用コーンビームCTに
関心をお持ちの先生方!
是非ご参加ください!!

CT会場 座長/基調講演



小宮山 彌太郎 先生

CT会場 講演(50音順)



麻生 幸男 先生



石井 宏 先生



上田 秀朗 先生



小川 秀仁 先生



小窪 秀義 先生



榊 恭範 先生



佐藤 孝弘 先生



佐藤 弘樹 先生



楢岡 宣好 先生



添島 正和 先生



瀧野 裕行 先生



筒井 照子 先生



寺内 吉継 先生



中村 社綱 先生



林 揚春 先生



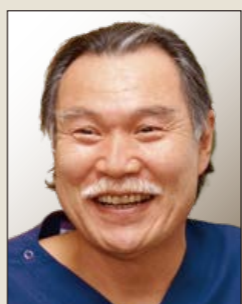
船越 栄次 先生



船登 彰芳 先生



松本 勝利 先生



山崎 長郎 先生



山田 陽子 先生

CAD/CAM会場 講演(50音順)



伊藤 貴彦 先生



小濱 忠一 先生



小池 軍平 先生



小窪 秀義 先生



新屋 茂樹 歯科
技士

レーザー・マイクロスコープ・エムドゲイン会場 講演(50音順)



青井 良太 先生



白石 和仁 先生

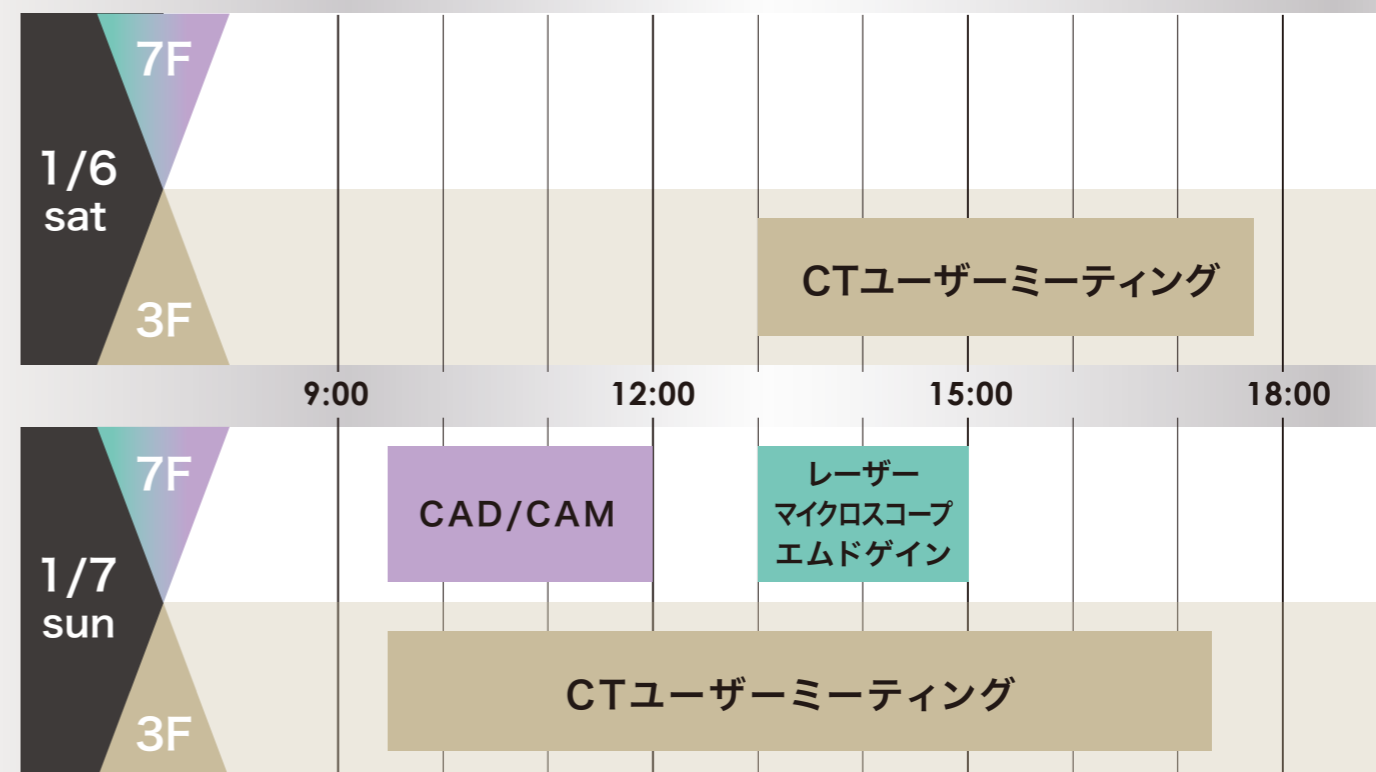


船越 栄次 先生



山下 素史 先生

TimeTable




1月7日(日)17:10~懇親会を開催いたします。是非ご参加ください。

歯科におけるコーンビームCTの臨床応用が始まって10年以上が経過し、CT画像による3D画像診断は歯科診療に大きな変革をもたらしております。今年もCT画像活用のエキスパートが一堂に会し、現時点での総括を行います。今回のユーザーミーティングでは、CAD/CAMとレーザー・マイクロSCOOP・エムドゲインの併設セミナーを同日実施いたします。是非こちらも併せてご参加ください。

参加費 ※1日のみ・2日通しとも同額です。 ※参加費は下記口座までお振り込みください。

一般 **10,000円** (昼食代・懇親会費・消費税込)
 ヨシダユーザー **5,000円** (昼食代・懇親会費・消費税込)

※CAD/CAMとレーザー・マイクロSCOOP・エムドゲインのセミナーは定員20名です。定員を超えた場合、お席がありません。立ち見となりますこと、ご了承願います。



DNA ヨシダ友の会 会員の皆様は Web から申込で参加費 **10%OFF**
 (一般：9,000円、ヨシダユーザー：4,500円)
<http://www.yoshida-dental.co.jp/>

定員 **100名** ※CAD/CAM・レーザー・エムドゲイン・マイクロSCOOPのセミナーは定員20名です。

申込方法 ヨシダホームページからお申し込みください。また、下記申込書にご記入のうえ、FAXでもお申し込みいただけます。
株式会社ヨシダ 画像情報統括部 講演会事務局(担当/源田) TEL.03-3845-2925 FAX.03-3845-2926

振込先 **【みずほ銀行 本所支店】 普通預金 口座番号:1790109 口座名:株式会社ヨシダ**
 ※お振込手数料はお客様負担をお願い申し上げます。 ※お振込用紙をもって領収書にかえさせていただきます。

ご注意

- 入金確認をもって受付とさせていただきます。 ●FAXでお申し込みの場合は、申込時に電話にて空席状況をご確認ください。
- 参加費の返金は致しかねますので、ご了承ください。 ●当日、ビデオ撮影等はご遠慮ください。

会場MAP



株式会社ヨシダ 本社

東京都台東区上野 7-6-9 TEL03-3845-2931

3F 会議室

CT会場

7F DNA Learning Studio

CAD/CAM会場

レーザー・マイクロSCOOP・エムドゲイン会場

- JR上野駅(入谷口)より徒歩1分
- 地下鉄銀座線・日比谷線 上野駅より徒歩3分
- ※お車でのご来場はご遠慮ください。

第29回 ヨシダユーザーミーティング 参加申込書

【2018年1月6日・7日】

ご出席予定 (ご出席予定の日にち、会場にチェックを入れてください)

CT会場(定員100名)

CAD/CAM会場(定員20名) ※1/7(日)のみ

1/6(土) 1/7(日)

レーザー・マイクロSCOOP・エムドゲイン会場(定員20名) ※1/7(日)のみ

ご芳名

貴医院名

院長 勤務医

ご住所 (勤務先 自宅)
〒

TEL. () ()

FAX. () ()

E-mail.

ご出身校

お取引歯科商店様名