



M.I. Implant with Precise Planning Seminar 2017 精確な情報収集から安全・確実なインプラント 治療計画と実践を行うためのハンズオン 4 Daysセミナー

4 DAYS HANDS-ON 実習コース



梅田和徳 先生
Kazunori Umeda

1994年 日本歯科大学卒業
 1996年 梅田歯科開院
 2000年 医療法人社団京和会設立 理事長就任
 2012年 日本歯科大学新潟病院
 口腔インプラント科 臨床講師

医療法人社団京和会 KU歯科クリニックグループ理事長
 スタディグループ ing JAPAN主宰
 EAOアクティブメンバー
 国際インプラント学会認定医
 CAMLOGインプラントシステム公認インストラクター
 日本口腔インプラント学会専門医
 ピエゾサージェリー公認インストラクター

本来あるべきインプラント治療とは…

昨今のインプラント治療に対する患者さんの不安に、どう対応されていますか？
 高度で多様化した結果を求められる現在のインプラント治療に於いて、次々に新しい術式・器材・材料
 が紹介され、選択肢が増えた分だけ治療計画を難しくしてしまっていることはないでしょうか？
 本セミナーでは、それらを的確に選択し最大効率で使いこなすことで、結果として治療計画をシンプルに
 構成し、患者さんに負担の少ないインプラントトリートメントを提供することを目的としております。
 実習に比重を置いた本セミナーでは顎骨・豚耳や専用設計の模型を用いて、明日から役立つ実践
 的な知識と手技を習得いただけます。
 この機会をご活用いただき、患者満足度の高いインプラント治療実践にお役立て下さい。

Tokyo Course

- 6/18 日
- 7/23 日
- 8/20 日
- 9/10 日

Osaka Course

- 4/16 日
- 5/21 日
- 6/11 日
- 7/30 日

満員御礼



Contents

- ・インプラント基本手技のアップデート・低侵襲インプラント治療を目的とした抜歯即時埋入 **実習**
- ・SMOPを用いたシミュレーションとCamlogガイド **実習**
- ・インプラント補綴のCAD/CAMデジタルワーク最前線
- ・ピエゾを用いた安全な硬組織マネジメント **実習**
- ・インプラントメンテナンスのポイントとリカバリー **実習**
- ・上顎洞底挙上 クレスタル or ラテラルアプローチ **実習**
- ・豚顎骨を用いたソフトティッシュマネジメント **実習**
- ・審美補綴に必須の暫間修復とカスタム印象 **実習**
- ・最新の器具器材の選択と使いこなし術
- ・成長因子 CFG、AFGを応用した骨造成テクニック



CAMLOG®



Implant Educations Course

精確な情報収集から安全・確実なインプラント 治療計画と実践を行うためのハンズオン 4 Daysセミナー

facebook

facebookを活用したセミナーです



CAMLOG Japan
@CAMLOG. Japan

当セミナー参加者で構成するfacebookグループページで、開催期間中の質問やディスカッションが可能など、フォローアップに活用いただけます！
また、CAMLOG JAPAN facebookページではフォトギャラリーでセミナーの実習内容などを詳細にわたってご覧いただけます。



フォトギャラリーはコチラ
<http://goo.gl/BJrg4>

参加費

一般 **302,400** 円 (4日分・昼食・実習器材費・8%消費税込)
Camlogユーザー割引 **259,200** 円 (4日分・昼食・実習器材費・8%消費税込)

主催

ALCADENT 株式会社 アルタデント

Tokyo Course

日程

1 6/18 日 2 7/23 日
3 8/20 日 4 9/10 日

10:00-17:00

会場

アルタデント東京支社研修室
〒106-0047
東京都港区南麻布2-14-19オキノビル3F

お問い合わせ

TEL 03-5420-2290 FAX 03-5420-4790

Osaka Course

日程

1 4/16 日 2 5/21 日
3 6/11 日 4 7/30 日

10:00-17:00

会場

アルタデント本社研修室
〒530-0012
大阪市北区芝田2-8-31 第三東洋ビル 2F

お問い合わせ

TEL 06-6377-2221 FAX 06-6377-2223



Tokyo Course

FAX: 03-5420-4790

◆ 下記必要事項をご記入の上、お申込みください



Osaka Course

FAX: 06-6377-2223

アルファベット		ふりがな	
お名前		医院名	
医院ご住所	〒 都 道 府 県 市 町 区	E-mail	
T E L	— —	F A X	— —
先着順・定員になり次第締め切りとさせていただきます		希望コース	東京 <input type="checkbox"/> 大阪 <input checked="" type="checkbox"/>