

DENTAL SQUARE JAPAN

歯科医療の視野を拡げ、視座を高め、視点を学び、実践する広場

SALUTATION

デンタルスクエアジャパン主宰 築山 鉄平

本研修会は、世界水準で実践可能な日常診療を習得して頂くことを主旨に、「自立して診査診断し、自律して治療を進めることができる歯科医師」を育成するための臨床実践コースです。歯科医療の変革スピードは速く、日進月歩で新しいエビデンスや臨床技術が登場しています。しかし、最先端の断片的な情報や技術のつまみ食いでは本来の効果を生むことができないだけでなく、場合によっては医原性の問題を生み出す可能性もあります。玉石混淆の氾濫した情報から良質な情報を臨床導入

するためには、世界水準の良質な知識に基づき、歯科医療の原理原則を理解し、日常的に適切な質の高い臨床技術へ反映することが不可欠です。本コースでは歯科臨床の各分野において、即実践可能で日常臨床に不可欠な臨床技術と知識を実現するために、海外で正式なトレーニングを受けた複数の専門医によって緻密なカリキュラム構成が組まれています。コース修了後は、自院における正しい患者利益と正しい歯科医療の価値の実現に貢献できると確信しています。



築山 鉄平

- ・アメリカ歯周病学会ボード認定専門医
- ・ヨーロッパインプラント学会(EAO)認定医
- ・タフツ大学歯学部歯周病専門医課程卒
- ・つきやま歯科医院 専門医療センター 天神 院長



木戸 淳太

- ・アメリカ補綴専門医
- ・タフツ大学歯学部補綴科 専門医課程卒
- ・つきやま歯科医院 専門医療センター 天神 副院長



土屋 嘉都彦

- ・アメリカ補綴学会ボード認定専門医
- ・インディアナ大学歯学部補綴科 専門医課程卒
- ・土屋デンタルクリニック大分オフィス 院長



田中 利典

- ・アメリカ歯内療法専門医
- ・コロンビア大学歯学部歯内療法 専門医課程卒
- ・川勝歯科医院 副院長

SCHEDULE

治療計画のサイエンスとアート 第2期 -アメリカ補綴専門医が考えるコンセプトを基に-

- Program Directors : 土屋 嘉都彦 / 木戸 淳太 / 築山 鉄平 / 田中 利典
- 定員 : 24名 ● 受講料 : ¥400,000+TAX
- 会場 : 福岡(天神クリスタルビル) 福岡県福岡市中央区天神4-6-7
- 日程 : 2019年6/1(土)・6/2(日)、7/6(土)・7/7(日)、8/3(土)・8/4(日)、9/7(土)・9/8(日)

1

インプラントファンダメンタルコース 第2期 -ペリオ専門医、補綴専門医が伝えるエビデンスから実践まで-

- Program Directors : 築山 鉄平 / 土屋 嘉都彦 / 木戸 淳太
- 会場 : 東京(デンツブライシロナ株式会社) 東京都港区麻布台1-8-10 麻布偕成ビル
- 定員 : 12名 ● 受講料 : ¥500,000+TAX
- 日程 : 2019年10/12(土)・10/13(日)、12/7(土)・12/8(日)
2020年 1/25(土)・1/26(日)、2/15(土)・2/16(日)

2

歯内療法ファンダメンタルコース 第2期 -理論臨床へ反映するために-

- Program Directors : 田中 利典 / 嘉村 康彦
- 会場 : 福岡(Dental Square Japan セミナールーム) 福岡県福岡市中央区大名1-14-8 / バルビゾン93 2F
- 定員 : 12名 ● 受講料 : ¥400,000+TAX ● 機材料 : ¥36,000(in TAX)
- 日程 : 2019年9/21(土)・9/22(日)、11/2(土)・11/3(日)
2020年 2/1(土)・2/2(日)

3

INFORMATION

Dental Square Japan 事務局 (担当: 宮越)

住所 福岡県福岡市中央区大名
1-14-8 / バルビゾン93 2F

TEL 092-738-8040

FAX 092-738-8044

MAIL

info@dentalsquare-japan.com

URL

http://dentalsquare-japan.com

(運営会社: 株式会社デントユニバース)

- 受講料2割引対象者... 大学生、大学院生、臨床研修医
- 分割払い... 2~5回可能(お申込み時にご相談下さい)

DENTAL SQUARE JAPAN 参加お申込書 FAX 092-738-8044 MAIL info@dentalsquare-japan.com

お申込のカリキュラムに
チェック☑を入れて下さい。

1. 治療計画のサイエンスとアート 第2期
 2. インプラント 第2期 3. 歯内療法 第2期

〒
ご住所

FAXかメールのどちらかよりお申込み下さい。

お申込日 年 月 日

フリガナ
ご氏名 (歯科医師)

勤務先

※医療法人の場合は
法人名も記入して下さい。

TEL

FAX

E-Mail アドレス

@