

“The long-term perspective in implant therapy – reviewing the last 20 years”

what have we learned – what is key to success

2013. 6 / 1 (土) 17:00 ▶ 19:30

日本語
同時通訳

多様なニーズへの対応が求められるようになった近年のインプラント治療では、様々なソリューションやテクニックが説かれています。良好な結果の獲得に必要な原理原則、生体反応やマテリアル選択。

その上で、いかに獲得した結果を維持させられるかが同様に重要な要素となります。本セミナーでは演者の20年におよぶ臨床実績を通じ、その長期予後を見据えたキーポイントをエビデンスを交えお話いたします。

■ 会場 恵比寿ガーデンプレイス ザ・ガーデンルーム

■ 対象 インプラント治療 経験者

■ 定員 200名

■ 参加費 3,000円

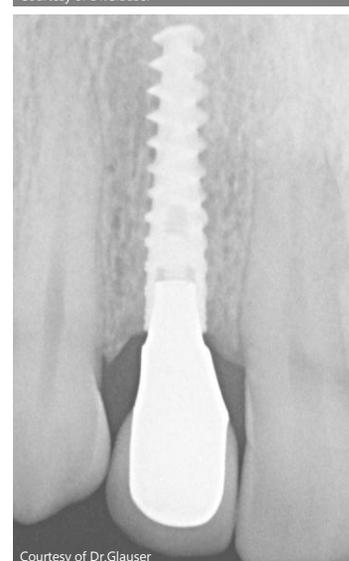
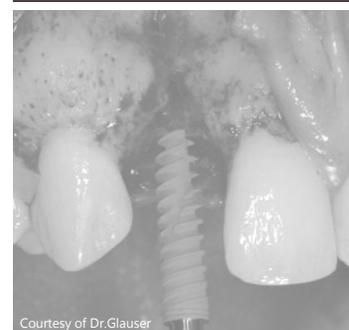
■ 演者 ローランド・グラウザー

チューリッヒ大学卒業
1997から2006年までチューリッヒ大学歯科補綴学
科 准教授を務める
チューリッヒで開業しながら、ジョージア医科大学
歯学部の准教授も務める。

European Association for Osseointegration (EAO)
会員、European Dental Association(EDA)の認定を
受けた口腔インプラント専門医



主催 ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社



“The long-term perspective in implant therapy – reviewing the last 20 years”

what have we learned – what is key to success

Dr. Roland Glauser

2013. 6.1 恵比寿ガーデンプレイス ザ・ガーデンルーム



Courtesy of Dr. Glauser

参加お申込書

- ➡ 基本情報をご記入ください。
- ➡ アンケートにご協力ください。
- ➡ FAXにてお申込みください。(追ってFAXにてご連絡いたします)

▶ 基本情報 (同一施設の場合は複数名でのお申込みが可能です)

ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医) <input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ	ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医) <input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ
お名前		お名前	
ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医) <input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ	ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医) <input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ
お名前		お名前	
ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医) <input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ	ふりがな	<input type="checkbox"/> 歯科医(開業医) <input type="checkbox"/> 歯科医(勤務医) <input type="checkbox"/> 歯科医(大学勤務) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士・スタッフ
お名前		お名前	
施設名	顧客番号		
住所 〒			
電話番号	—	FAX番号	—
E-mail			
決済方法	クレジットカード決済 (<input type="checkbox"/> 製品購入にご使用のカード <input type="checkbox"/> その他のカード→追ってご連絡します) / <input type="checkbox"/> 銀行振込		

▶ 事前アンケート (複数名でお申込みの場合は、代表者様の情報をご記入ください)

1. インプラントのご経験年数

なし ~5年未満 5年以上~10年未満 10年以上

2. これまでの埋入本数

~10本未満 ~50本未満 ~200本未満 200本以上(_____本)

3. インプラント治療における使用システムについて(複数選択可)

ノーベルバイオケア ストローマン アストラ アンキロス ジンマー JMM カムログ 3i その他メーカー

4. ノーベルバイオケアインプラントをご使用の場合、その割合について

80~100% 70~80% 60~70% 50~60% 40~50% 30~40% 20~30% 20%以下

※ご協力ありがとうございました。ご提供いただいた情報は、目的以外の用途に使用いたしません。また漏洩のないように取扱いには厳重に注意いたします。

お申込先

Fax.03-5495-3250

主催:ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社

108-0075 東京都港区港南2-16-4品川グランドセントラルタワー8F

03-5495-7101(マーケティング部 研修グループ)

www.nobelbiocare.co.jp

