

日本臨床歯科補綴研修会主催

# 咬合構成の7要素による 実践的ワックスアップ 2日間コース

後援:ヘレウスクルツアーージャパン株式会社、日本臨床歯科補綴学会

講師: 星 久雄 (星デンタルラボラトリー)

研修内容:

- ・  $\frac{654321}{654}$  | 複歯型式によるワックスアップ
- ・ オクルーザルプレーンアナライザーによる咬合平面の決定と診断
- ・ ワックスコーンテクニック
- ・ 適正な前方ガイドの設定基準
- ・ 適正な側方ガイドの設定基準
- ・ 側方ガイドにおけるブレーシングイコライザーの構成基準
- ・ カスプトゥーフォッサによる臼歯部咬合接触の与え方
- ・ 臼歯部におけるイコライザーの与え方
- ・ 診断用ワックスアップの構成基準



講師: 星 久雄

お申し込み方法:

受講お申込欄に必要事項をご記入のうえ、下記事務局までご送付ください。

- 事務局・会場: ヘレウス クルツアー ジャパン 株式会社 東京研修センター  
〒113-0033 東京都文京区本郷4-8-13 T S Kビル2階  
Tel: 03-5803-2154 Fax: 03-5803-2150  
e-mail: Tech-TC.HKJP@heraeus.com

日程:

12月10日(土) ~ 11日(日)  
土曜日 13:00 ~ 18:00  
日曜日 9:30 ~ 16:00

受講料:

¥52,500-(税込)  
※教材費、弁当代を含みます。

お支払方法:

- ・下記宛へお振込みにてお支払い下さい。
- ・お振込みの受付は開催1週間前までとさせていただきます。

振込み先:

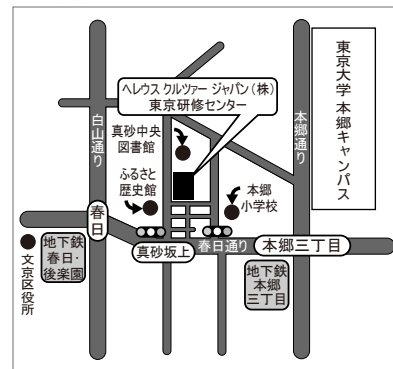
三菱東京UFJ銀行 船場中央支店 口座番号(普)1281701

受取人 (株)日本臨床歯科研究会

※必ず通信欄に受講者名を追記してください。振込み手数料はご負担願います。

※領収書は振込み控えにて代替させていただきます。

●会場



咬合構成の7要素による実践的ワックスアップ 2日間コース 受講申込書

受講区分	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科技工士
ご連絡先	お名前: (ふりがな)
	〒: 住所: 施設名: (事業所)
	TEL: FAX: e-mail:
ご勤務先 <input type="checkbox"/> 同上 (記入不要)	〒: 住所: 施設名: (事業所)
	TEL: FAX: e-mail:

お申し込み確認証を発行いたしますので、恐縮ですがすべての項目に正確にご記入ください。  
※ 初日終了後に懇親会を企画しております。出欠を必ずご記入下さい。(別途会費: ¥3500)

出席

欠席