

2017年度バイコンデンタルインプラント研修会 4月16日(日) 大阪セミナー



Think Short.

システム説明/模型実習 10:00-13:00 (9:50~受付開始)

▼ **バイコンシステムの手技をご習得されたい方へ**
バイコンインプラントシステムの基本的な術式、
基礎的な補綴操作についての講義の後
模型を用いて実際にインプラント埋入からアバットメント
装着までご体験いただけます。

補綴セミナー 14:00-16:00 (13:50~受付開始)

▼ **インプラント補綴/基礎から応用までご習得されたい方へ**
適切なアバットメントの選択方法から
基本的な上部構造の作製まで
補綴処置全般について、ご習得いただけます。



■講師■ 多喜歯科診療所
多喜 豊和 先生

2003年 バイコンデンタルインプラントインストラクター 就任
2009年 多喜歯科診療所 開設
2013年 バイコンデンタルインプラント Certified Doctor 認定

- 定員■ 20名 (定員になり次第締め切らせて頂きます。)
- 会場■ **AP大阪 梅田一丁目B1ルーム**
〒530-0001 大阪市北区梅田1-12-12 東京建物梅田ビル地下1F
- 参加費■ システム説明/模型実習 iBicon Network会員 ¥15,000 (消費税込) 非会員 ¥18,000
補綴セミナー iBicon Network会員 ¥10,000 非会員 ¥12,000

●下記にご記入の上、弊社まで FAX にてご送信ください。
参加費は **1週間以内**に右記の銀行口座へお振込みください。
お振込みをもちまして申し込み完了とさせていただきます。

三菱東京 UFJ 銀行 恵比寿支店 136
普通預金 口座番号：1239600
口座名：バイコンジャパン株式会社

- ・お振込み手数料はお客様にてご負担ください。
 - ・お支払期限までにご入金頂けない場合、キャンセルとさせていただきます。
 - ・お申し込み確定後キャンセルをされた場合および当日ご来場されなかった場合、参加費用のご返金および他セミナーへの振替はいたしかねます。
 - ・会場内での撮影・録音等はご遠慮頂いております。
- 何卒ご理解ご了承の程、お願い申し上げます。

●講師・コースの内容および時間等は予告なく変更する場合がございます。予めご理解ご了承の程お願い申し上げます。

■主催・お申し込み先■ バイコンジャパン株式会社

HP：www.bicon.co.jp

★お申し込みの際は、下記にご記入の上FAXにてご送信ください。

SHORT
IMPLANTS

FAX：0120-418-117

ご希望のコースにをご記入ください。

システム説明/模型実習 補綴セミナー

お名前	フリガナ	ローマ字	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他	
ご勤務先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒		ご住所	
TEL	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	FAX	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	Eメール

2017年度バイコンデンタルインプラント研修会 5月21日(日) 福岡セミナー



Think Short.



■講師■ 医療法人社団 徹心会
ハートフル歯科グループ 理事長
下田 孝義 先生

システム説明/模型実習 13:00-16:00 (12:50~受付開始)

▼バイコンシステムの手技をご習得されたい方へ

バイコンインプラントシステムの基本的な術式、
基礎的な補綴操作についての講義の後

模型を用いて実際にインプラント埋入からアバットメント
装着までご体験いただけます。

- 2005年 IDEI国際インプラント学会 取得
- 2006年 ハートフル歯科科医院 開業をはじめ、
現在東京都三鷹駅前を中心に4つの歯科医院を運営
- 2016年 バイコンデンタルインプラント インストラクター 就任
Certified Doctor 認定

日本顎咬合学会 咬み合わせ認定医
歯科医師臨床研修指導歯科医
ヨシダ社 CAD/CAM インストラクター

- 定員■ 20名 (定員になり次第締め切らせて頂きます。)
- 会場■ **アクロス福岡 6階 605**
〒810-0001 福岡市中央区天神1丁目1番1号
- 参加費■ iBicon Network会員 ¥15,000
(消費税込) 非会員 ¥18,000

三菱東京UFJ銀行 恵比寿支店 136
普通預金 口座番号：1239600
口座名：バイコンジャパン株式会社

- ・お振込み手数料はお客様にてご負担ください。
 - ・お支払期限までにご入金頂けない場合、キャンセルとさせていただきます。
 - ・お申し込み確定後キャンセルをされた場合および当日ご来場されなかった場合、
参加費用のご返金および他セミナーへの振替はいたしかねます。
 - ・会場内での撮影・録音等はご遠慮頂いております。
- 何卒ご理解ご了承の程、お願い申し上げます。

●下記にご記入の上、弊社まで FAX にてご送信ください。
参加費は **1週間以内**に右記の銀行口座へお振込みください。
お振込みをもちまして申し込み完了とさせていただきます。

●講師・コースの内容および時間等は予告なく変更する場合がございます。予めご理解ご了承の程お願い申し上げます。

■主催・お申し込み先■ バイコンジャパン株式会社

HP：www.bicon.co.jp

★お申し込みの際は、下記にご記入の上FAXにてご送信ください。

SHORT
IMPLANTS

FAX：0120-418-117

お名前			ローマ字			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
						<input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他
ご勤務先	フリガナ			ご住所	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 〒	
TEL	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅		FAX	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅		Eメール

2017年度バイコンデンタルインプラント研修会

東京セミナー

7月23日(日) / 10月22日(日)



Think Short.

システム説明/模型実習 10:00-13:00 (9:50~受付開始)

▼ **バイコンシステムの手技をご習得されたい方へ**
 バイコンインプラントシステムの基本的な術式、
 基礎的な補綴操作についての講義の後
 模型を用いて実際にインプラント埋入からアバットメント
 装着までご体験いただけます。

アドバンスセミナー14:00-16:00 (13:50~受付開始)

▼ **バイコンインプラントのさらなる
 活用法についてご習得されたい方へ**
 システムの特長を生かしたバイコンインプラントの
 さらなる臨床活用方法をご習得頂けます。



■講師■ 医療法人社団 徹心会
 ハートフル歯科グループ 理事長
下田 孝義 先生

2005年 IDEI国際インプラント学会 取得
 2006年 ハートフル歯科科医院 開業をはじめ、
 現在東京都三鷹駅前を中心に4つの歯科医院を経営
 2016年 バイコンデンタルインプラント インストラクター 就任
Certified Doctor 認定

日本顎咬合学会 咬み合わせ認定医
 歯科医師臨床研修指導歯科医
 ヨシダ社 CAD/CAMインストラクター

- 定員■ 20名 (定員になり次第締め切らせて頂きます。)
- 会場■ **AP品川 9階 P+Q**
 〒108-0074 東京都港区高輪3-25-23 京急第2ビル
- 参加費■ システム説明/模型実習 iBicon Network会員 ¥15,000 (消費税込) 非会員 ¥18,000
 アドバンスセミナー iBicon Network会員 ¥8,000 非会員 ¥9,500

●下記にご記入の上、弊社まで FAX にてご送信ください。
 参加費は **1週間以内**に右記の銀行口座へお振込みください。
お振込みをもちまして申し込み完了とさせていただきます。

三菱東京 UFJ 銀行 恵比寿支店 136
 普通預金 口座番号：1239600
 口座名： **バイコンジャパン株式会社**

- ・お振込み手数料はお客様にてご負担ください。
- ・お支払期限までにご入金頂けない場合、キャンセルとさせていただきます。
- ・お申し込み確定後キャンセルをされた場合および当日ご来場されなかった場合、参加費用のご返金および他セミナーへの振替はいたしかねます。
- ・会場内での撮影・録音等はご遠慮頂いております。

何卒ご理解ご了承の程、お願い申し上げます。

●講師・コースの内容および時間等は予告なく変更する場合がございます。予めご理解ご了承の程お願い申し上げます。

■主催・お申し込み先■ バイコンジャパン株式会社

HP：www.bicon.co.jp

★お申し込みの際は、下記にご記入の上FAXにてご送信ください。

SHORT
 IMPLANTS

FAX : 0120-418-117

ご希望の日程・コースに☑をご記入ください。

- 7月23日(日) システム説明・模型実習
 アドバンスセミナー ● 10月22日(日) システム説明・模型実習
 アドバンスセミナー

お名前			ローマ字				<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
							<input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他
ご勤務先	フリガナ		ご住所	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 〒			
TEL	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅		FAX	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅		Eメール	