2020年
株式会社プロシード主催
リンガル矯正セミナー

リンガル矯正に アンカースクリューを使いこなす

2012年に歯科矯正用アンカースクリューとして薬事承認されてから、アンカースクリューの需要は益々拡大しております。
また、リンガル矯正は、見えない矯正治療として生活環境に制限のある患者さんや審美的要求の高い患者さんにとって非常に魅力的な治療法として人気が高まってきています。しかし多くの先生方は情報や経験の不足から、「臨床導入に踏み切れない」、「十分に使いこなせていない」と悩まれているのが実情ではないでしょうか？
今回、患者さんのニーズの高いリンガル矯正（舌側矯正治療）に特化したアンカースクリューの臨床応用セミナーをご用意いたしました。複雑なリンガル矯正をアンカースクリューでシンプルに治療することをコンセプトとした、「実践で役立つ臨床の知識とテクニック」を一緒に学んでみませんか？

日程	1回目 2020年 5月17日（日） 2回目 2020年10月25日（日）
時間	10:00～17:00 ※実習なし
場所	株式会社プロシード本社会議室 東京都渋谷区渋谷2－10－13 東信青山ビル4F
受講料	25,000円
定員	30名

※矯正治療のご経験が有り今後リンガル矯正治療を学びたい先生方を受講対象者とさせていただきます。

講師 岡下 慎太郎 先生

2001年 大阪歯科大学卒業
同大学歯科矯正学講座入局
同大学院入学
2005年 大阪歯科大学歯科矯正学講座大学院卒業
歯学博士取得
2007年 大阪歯科大学歯科矯正学講座退局
2007年 岡下矯正歯科開院
2016年 岡下矯正歯科移転 新規開院

日本矯正歯科学会（専門医）
日本舌側矯正学会（認定医・理事）
近畿矯正歯科研究会（副会長・会計）
大阪歯科大学矯正学講座講師（非常勤講師）
韓国慶熙大学矯正学講座（臨床副教授）

講師 高柳 譲司 先生

2001年 明海大学歯学部卒業
同大学歯学部歯科矯正学講座入局
同大学歯学部大学院入局
2005年 明海大学歯学部大学院卒業 歯学博士取得
2008年 舌側矯正専門クリニック
「イーライン・竹元矯正歯科」勤務
2012年 表参道高柳矯正歯科開設

日本矯正歯科学会（認定医）
世界舌側矯正歯科学会 WSLO（active member 認定医）
ヨーロッパ舌側矯正歯科学会 ESLO（Titular member 専門医）
日本舌側矯正歯科学会（認定医・常務理事）

特別講師 相澤 一郎 先生

1988年 日本大学歯学部卒業
1988年 日本大学歯学部補綴学講座
1991年 ソフィア歯列矯正歯科医院 勤務
2001年 ソフィア歯列矯正歯科医院 院長

世界舌側矯正歯科学会 認定医
ヨーロッパ舌側矯正歯科学会 認定医
日本成人矯正歯科学会 認定医 指導医
日本舌側矯正歯科学会 認定医
日本舌側矯正歯科学会 理事長
日本成人矯正歯科学会 常務理事
日本矯正歯科学会 会員

ProSeed

▼ お申込方法は裏面をご参照ください。

■ 開催日時・会場および定員

日程		時間	定員	会場
2020年	5月17日（日）	10:00～17:00	30名	株式会社プロシード本社会議室
	10月25日（日）	10:00～17:00	30名	株式会社プロシード本社会議室

■ 受講料

25,000円	受講料に含まれるもの：消費税、昼食

■ アクセスマップ

●地下鉄渋谷駅12番出口
（宮益坂下交差点出口）をご利用の場合
青山学院大学方面へ宮益坂を登り
宮益坂上にある歩道橋を渡ってください。

●地下鉄渋谷駅15番出口
（渋谷ヒカリエ出口）をご利用の場合
渋谷ヒカリエ２階より
青山通りへ出て歩道橋を渡り
青山学院大学方面へお向かいください。

セブンイレブンが1階にあるビルの
4階になります。

ホームページからも詳細がご覧頂けます http://www.proseedcorp.com/ デュアル・トップオートスクリューIII

お申し込み・お問い合わせ

以下の参加申込書にご記入の上、FAX送信いただき、
受講料をお振り込みいただいた段階で申し込み完了です。

株式会社プロシード
〒150-0002
東京都渋谷区渋谷2-10-13 東信青山ビル4階
Tel. 03-5468-1666 www.proseedcorp.com

お振込先

三菱UFJ銀行
渋谷明治通支店（店番号：470）
普通3888486
株式会社プロシード
＊お振込手数料はご負担願います。

FAX No. 03-6805-0180 株式会社プロシード 行き

「リンガル矯正にアンカースクリューを使いこなす」参加申込書

参加ご希望の日にちの□欄にチェック☑をしてください。

□ 2020年5月17日（日） □ 2020年10月25日（日）

ご芳名／漢字：

ご勤務先または診療所名：

〒
ご連絡先住所：

Tel.： Fax.：

● 日本矯正歯科学会会員ですか？［ 会 員 ・ 非会員 ］

● アンカースクリュー を用いた矯正のご経験年数［ 年］ ● アンカースクリューの植立本数［ 本/年］

● 現在ご使用中のアンカースクリューシステム（複数回答可）

※ご記入いただきました個人情報は、本セミナーの運営、管理及び(株)プロシードからの製品、サービス、キャンペーン、セミナー等のご案内のために利用させていただきます。