

OAM(大口式)指導医研修プログラム 2018 年コースのご案内

OAM(大口式)先進インプラント指導医研修 2018 年コースのご案内を申し上げます。

OAM(大口式)先進インプラント指導医(以下、「指導医」)につきましては症例提出のみではなく、所定の研修プログラムを受講していただき指導医検定に合格された方に発行いたします。

大口式の手術方法としての安全性に加えて認定制度を設けることで、患者さんからの厚い信頼を、今以上にいただけるものと確信しております。

指導医研修プログラムにつきましては下記にご案内いたしますので、ご確認いただきご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。

※試験合格者には額装認定医証を授与いたします。

OAM(大口式)インプラントシステム開発・考案者

国際審美学会会長

大口 弘



国際審美学会

運営・管理会社:株式会社エイペックスメディカ

本社:岐阜県岐阜市清住町 1-11-1

赤坂研修ルーム:東京都港区赤坂 2-10-12

指導医研修プログラム特別講師陣(五十音順)

- 大口 弘先生 ※OAM(大口式)インプラント法考案・開発者
 浅野 栄一朗先生 ※IDIA 米国デンタルインプラント学会・指導医
 今井 裕先生 ※独協医科大学・特任教授(口腔外科分野)
 尾関 雅彦先生 ※昭和大学歯学部・教授(インプラント歯科学講座)・
 児玉 利朗先生 ※神奈川歯科大学教授
 (高度先進口腔医学講座インプラント・歯周病学分野)
 鈴木 光雄先生 ※OAM(大口式)先進インプラント法・公認インストラクター
 浜田 信城先生 ※神奈川歯科大学・教授(微生物感染学講座)

《カリキュラム》

低侵襲インプラント総論	大口弘先生、鈴木光雄先生
咬合を考慮して行う狭窄骨拡大法	浅野栄一朗先生
症例によって選択するインプラントと補綴	尾関雅彦先生
外科基礎知識講座	今井 裕先生
外科アドバンスコース・ハンズオンセミナー	児玉利朗先生
診断、インプラント周囲炎予防、メンテナンス	鈴木光雄先生
インプラント治療のための口腔細菌学	浜田信城先生

《日程》午前 10 時～午後 5 時

※児玉利朗先生コースのみ午前 9 時 30 分開始

	開催日	講師
第一回目	平成30年2月4日(日)	児玉先生
第二回目	平成30年5月13日(日)	浅野先生
第三回目	平成30年7月日程調整中	今井先生
第四回目	平成30年9月日程調整中	浜田先生、鈴木先生
第五回目	平成30年11月日程調整中	尾関先生
第六回目	平成31年1月日程調整中	総括、試験 (大口先生、鈴木先生)

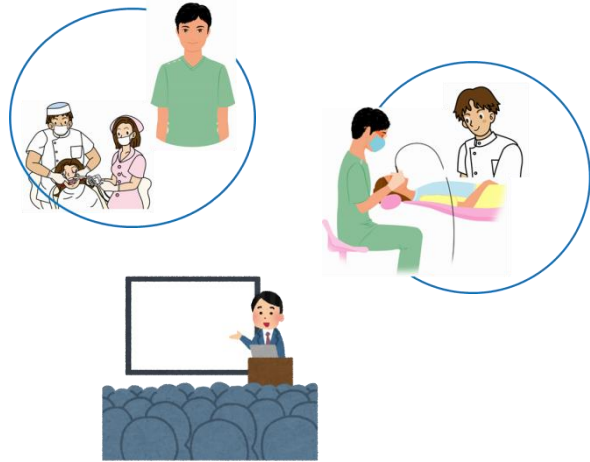
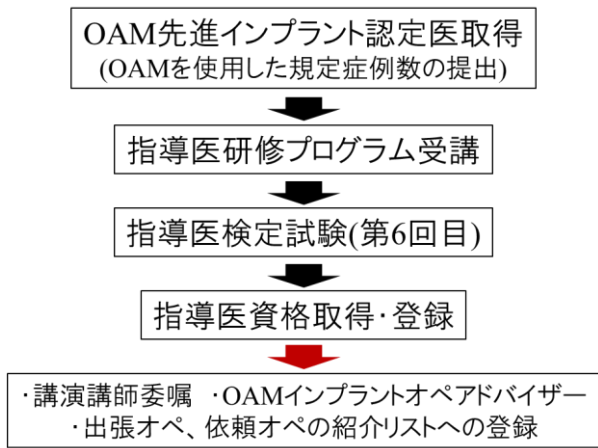
教授のご担当日は学内行事、学会等の開催日の都合にて年度末以降に確定いたしますので、しばらくお待ちください。



「裏面もご覧ください」



《OAM(大口式)先進インプラント指導医取得フローチャート》



指導医にエントリーしていただくには認定医を取得していただく必要がございます。指導医試験までに認定医を取得されていない場合には、指導医研修プログラム受講期間中に認定医資格を取得してください。

■OAM 先進インプラント認定医取得方法

OAM 先進インプラント認定医を取得していただくには、OAM インプラント法を用いたインプラント手術の症例提出が必要です。詳細につきましては別途、お尋ねください。(連絡先:058-266-0123)

【指導医取得後】

指導医に方には OAM インプラントシステムの講演講師を委嘱いたします。現在、2016 年指導医の方で 1 名の方がインストラクターをお務めです。

OAM インプラントオペを希望される歯科医師、患者さんをご紹介いたします。

※OAM(大口式)友の会が運営するホームページに指導医として掲載、ご紹介いたします。

紹介料、サイト掲載費用は OAM(大口式)友の会月額会費を充当いたしますので追加費用は不要です。

■研修会会場&アクセス方法

会場名:エイペックスメディカ赤坂研修ルーム(住所:東京都港区赤坂 2 丁目 10-12 生駒硝子ビル 3F)

最寄り駅:東京メトロ 銀座線・南北線「溜池山王駅」⑫番出口正面ビル

(品川駅から電車で約 15 分、東京駅から電車で約 12 分、羽田空港から電車で約 50 分)

■指導医研修プログラム受講費用

各回 70,000 円(税抜き) 6 回総額:420,000 円(税抜き)

お支払は OAM(大口式)友の会・月会費とともに研修会開催月にそれぞれ 1 回分が引落しされます。

《お支払方法》

各回の開催月の 1 ヶ月前にご請求させていただきます。

《申込方法》受講申込書にご記入の上、FAX でお申し込みください。

お申込書 (FAX 送信先:058-266-0128)	
フリガナ	ご連絡先住所 ・ 医院 ・ ご自宅
氏名	〒 -
医院名	
TEL:	FAX:
メール:	@

