株式会社アマガイ、予防セミナーのご案内

3時間で学ぶ予防歯科

セミナー参加者の 満足度高!!

秘訣は 知識 と 伝わる 技術

~ 歯科衛生士だからできること、患者さんの行動習慣を変えるのはあなた~

カリオロジーの基礎知識をおさらい

- ◆ これだけは知っておきたい!

 『基本的知識&カリエス リスクマネジメント』
- ◆ PMTCの基本技術とポイント (デンタルNLP®トレーナーによる実演)
- ❖ デンタルNLP®『伝わる技術』を学ぼう。
- ◆ 患者さんに応じた
 予防歯科プログラムを考えてみよう。

唾液の役割とは?

PMTCのコツを 実演を交えながら解説

「一生懸命に伝えたつもり…なのに、患者さんは戻ってこない。」 「患者さんの口腔内は相変わらずプラークべったり。」そのような経験はありませんか? 予防歯科は単に清潔な口腔内を保つだけではなく、カリエスや歯周病を発症・ 悪化させないため、そして口腔内細菌やその炎症による全身疾患を予防するために、 個々の患者さんに応じたカスタムメイドの予防プログラムが必要です。 この3時間は予防歯科の知識を習得し、患者さんが行動変容できる 伝わる技術をみなさまと共有したいと思います。



本セミナートレーナー 今野 由利先生 (スマイル・ケア所属)



本セミナー監修 上屋 和子先生 (デンタルNLP®主宰)

演者:デンタルNLP®トレーナー*、3M社員

デンタルNLP*トレーナーとは…

歯科医療界に特化したNLP(心理学・行動学・言語学・脳科学など を併せ持った学問)を学び、指導するため、長きに渡りトレーニングを 積んだNLPの専門家です。

本セミナーでは、トレーナーの方から人とのコミュニケーションに おいて必要不可欠な「信頼関係構築のポイント」と「相手に伝わる 技術」をご紹介します。

※演者のデンタルNLP*ドレーナーの方は、セミナー開催日/会場によって異なります。

<講師紹介> 今野 由利先生

歯科衛生士学校を卒業後、インプラント治療を専門とする神奈川県の歯科医院に15年間勤務。 その後、数件の歯科医院に勤務をし、歯科衛生士として20年以上のキャリアをもつ。 現在はフリーランスとして、神奈川県横浜市の歯科医院にて臨床を行うと同時に、スタッフ育成や 院内マネジメントなどにも関わる。また、2015年より、デンタルNLP®のトレーナーとして 各種セミナーなども開催している。

歯科器材の総合商社 株式 **アマガイ**

<u>予防歯科セミナー申込書</u> FAX:029-253-2556

《お申し込み方法》

- 1. 予防歯科セミナーパック2,630円(税抜き)を弊社担当者にご発注ください。 商品にセミナーの参加証が入っております。
- 2. 必要事項をご記入後、申込み書をFAXにてお申込ください。
- 当日、受付で参加証をお見せください。(参加証は当日のセミナーで使用いたします)

《セミナー概要》

開催日時: 2017年10月26日(木) ①午前の部 10:00~13:00/ ②午後の部 14:00~17:00

参加申込書

定員:午前、午後の部、それぞれ20名

会場: つくば国際会議場 小会議室404 茨城県つくば市竹園2-20-3

TEL: 029-253-2555 ※お車の場合、付近の有料駐車場に駐車下さい。

主催:株式会社アマガイ 水戸支店 後援:スリーエム ジャパン株式会社

お問い合わせ先:株式会社アマガイ 水戸支店

※本セミナーは定員になり次第、締め切らせていただきます。 ※大きさ、の得金、ビデオ/尼真提覧は禁止させていただきます。

セミナーでは、本製品の効果的な

使用方法についての実演あり!

3M 予防歯科セミナー受講証

※本セミナーの録音、ビデオ/写真撮影は禁止させていただきます。

《予防歯科セミナー パック内容》

再石灰化を有効にサポートする サプリメント効果のあるペースト

3M独自の。TCP(リン酸、カルシウムの結晶体)テクノロジーによりフッ化物が不活化せず、リン酸、カルシウムとの

同時配合を可能にしました。



- ●クリンプロ[™] クリーニング ベースト PMTC用 50g×1本(8241)
- Øクリンプロ™ 歯みがき ベースト 90g×1本(8251)
- ❸予防歯科セミナー受講証×1枚

希望医院価格

セミナーパック:2,630円(本体価格)

販売名: クリンプロクリーニング ベースト PMTC用 雇出番号: 1381X10109000259 販売名: クリンプロトゥース クリーム (医薬部外品) 3 M、クリンプロは、3 M社の商標です。希望医院価格は、すべて税抜き本体価格です。掲載の情報は、2016年2月現在のものです

予防歯科セミナー パック 2,630円(税抜き)を パック注文します。 お名前 貴医院名 貴医院ご住所 電話番号 () FAX ()

参加をご希望するセミナーの時間帯(どちらかに一方に必ず○を付けてください) ①午前の部 ②午後の部