

デジタル式顎運動計測装置

# アルクスディグマII ガイダンスセミナー

デジタルデンティストリーは差別化の時代へ

- 下顎運動記録の使いどころ!
- 咀嚼運動だってデジタル化!
- 有床義歯咀嚼機能検査(480点)の施設基準に適合

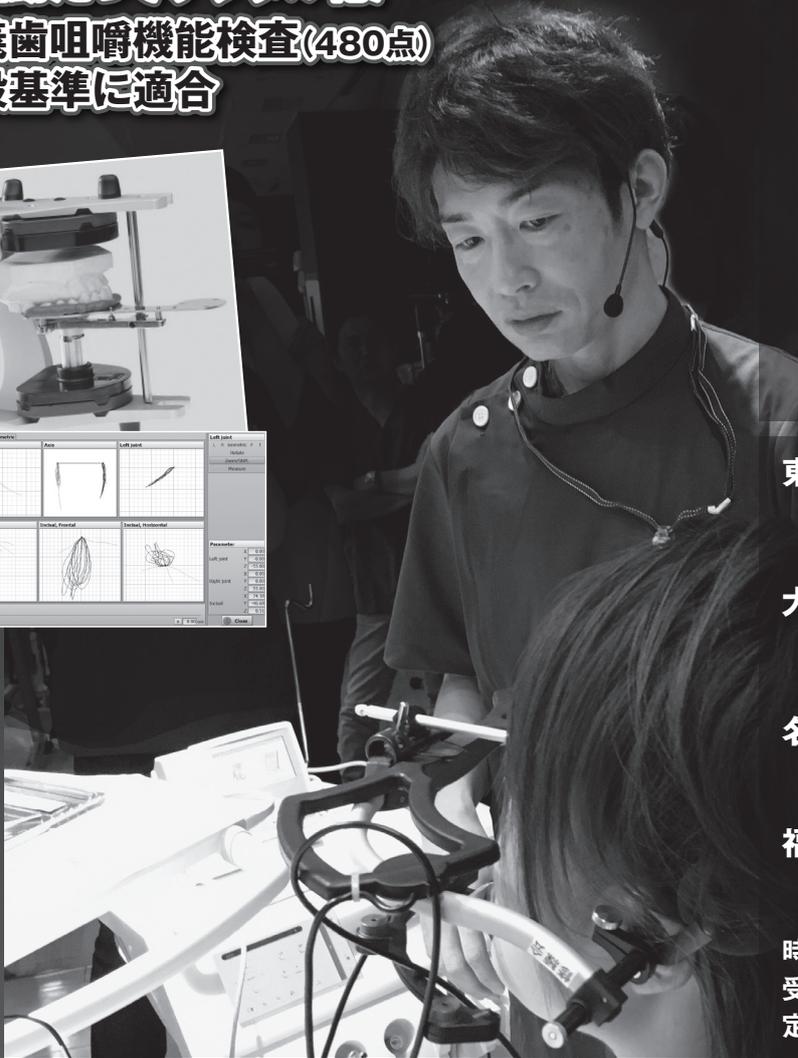


## 講師 山本 司将先生

歯学博士  
やまもと歯科醫院 院長  
カボデンタルシステムズジャパン オフィシャルアドバイザー  
日本補綴歯科学会 専門医 指導医  
日本医療機器学会 第1種減菌技師  
愛知学院大学歯学部 冠・橋義歯学講座 非常勤講師  
三河衛生専門学校 非常勤講師  
アルクスディグマII 取扱説明書日本語版翻訳  
Shurenkai 学術研究担当主幹

### 演者文献

THE REPORTヨーロッパの最新デジタル補綴計測機器事情  
術者の経験や勤による咬合採得からの脱却。  
ザ・クインテッセンス Vol.30 No.4, 2011, 934-936  
科学的な咬合採得による無調整クラウンの製作—デジタル式  
顎運動計測装置「ARCUSigmaII」の特徴とその使用法—  
ZERO Vol.11 No.3, 2012 夏, 24-35



**東京** | 4月26日(木)、10月25日(木)

**会場** | **KaVo 東京セミナールーム**  
〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35  
御殿山トラストタワー15F

**大阪** | 5月17日(木)、10月21日(日)

**会場** | **KaVo 大阪セミナールーム**  
〒541-0043 大阪市中央区高麗橋4-5-2  
高麗橋ウエストビル1F

**名古屋** | 7月12日(木)

**会場** | **KaVo 名古屋セミナールーム**  
〒460-0008 名古屋市中区栄3-3-21 セントライズ栄3F

**福岡** | 8月26日(日)

**会場** | **KaVo 福岡セミナールーム**  
〒812-0006 福岡市博多区上牟田1-18-24

**時間** : 13:00~17:00

**受講料** : ¥5,500(税込)

**定員** : 各回とも12名

### お申込み方法

セミナーID  
S655

1. WEBまたはFAXにてお申込みください。



or



※お申込みはセミナー開催日の3営業日前までにお願いいたします。(セミナーが土曜の場合、その週の水曜までにお申込みください。弊社休業日は土日祝日となります)

※各金融機関発行の申込明細票が正規領収書としてご利用いただけますので、こちらを領収書とさせていただきます。

※キャンセルポリシー 入金後のキャンセルにつきましては、開催日より7営業日(土・日・祝除く)前の17時までにお電話にてご連絡ください。これ以降のキャンセルにつきましては、100%をキャンセル料として申し受けます。なお、別開催日への変更はいたしかねます。何卒ご了承ください。詳しくはお申込み後、詳細案内をお送りいたしますのでそちらをご覧ください。

お申込み・お問合せ先 | **カボ デンタル システムズ ジャパン株式会社**

〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー 15F  
受付担当: 営業サービス推進(セミナー受付担当)

TEL: 東京 03-6866-7480 名古屋 052-238-1146 大阪 06-7711-0450 福岡 092-441-4516

<http://www.kavo.jp>

# カボ デンタル システムズ ジャパン株式会社 営業サービス推進(セミナー担当)行

**FAX 03-6866-7481**

セミナー ID:S655

「2018年 アルクスディグマII ガイダンスセミナー」 受講申込書	
お名前	ふりがな
ローマ字 (お名前)	
ご職業など	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> ご開業 <input type="checkbox"/> ご勤務 <input type="checkbox"/> その他( )
ご勤務先	ふりがな
	ご住所 〒
	電話
	FAX
E-mail	
ご勤務先へのご連絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※不可の場合は下記「ご連絡先ご住所等」にご記入をお願いいたします
ご連絡先 <small>※ご勤務先へのご連絡が不可の方のみ</small>	ふりがな
	ご住所 〒
	電話
	FAX
E-mail	

## 参加希望コース

東京  4月26日(木)  10月25日(木)

大阪  5月17日(木)  10月21日(日)

名古屋  7月12日(木)

福岡  8月26日(日)