



# DH Pro. スクール **第4期** アドバンスコースのご案内



アドバンスコースは、ベーシックコースの復習と応用、そして隅角部、根分岐部に複数のアプローチ方法で徹底的な感染源の除去を目指します。炎症のコントロールを行う上でなるべく歯肉退縮させず知覚過敏を起こさず、いかに歯肉を健康的に鍛えることができるか。また、歯肉を育てていくために私たち歯科衛生士に出来ることが何かを一緒に考えてみましょう。

講師の山崎瑞穂、他数名の講師で全力サポート致します。もっと直接、もっとたっぴりとSRPを習得したい方、基礎固めしたい方、更なるスキルアップを目指したい方にお勧めです。器具の正しい持ち方からストローク方法の原理を根本から理解していただきます。



## 受講対象者

- ① ベーシックコース（岡山県保険医協会主催）受講を修了した方
- ② 講師が受講希望者の臨床状態を把握している方
- ③ 講師による院内研修を受講中、もしくは過去受講された方



## 主な研修内容

- ① シャープニング
  - ・切れるスケーラーと切れないスケーラーを見極める
  - ・ブレードの三次元的形態を深く理解する
- ② SRP・隅角部、根分岐部アプローチ
  - ・歯肉を傷つけない、痛みを与えないために
  - ・機能エッジをしっかりと活用
  - ・触感が大切、沈着パターンを理解する
  - ・見えない刃先をどう感じる
  - ・歯肉の色、形を診て、縁下歯石を予測する
  - ・歯石の取り残しが多いところ、癖は？



## スケジュール（全6回コース・午前午後の2部制・4名の個別レッスン）

第1回	2019年 12月 15日（日）	第4回	3月 15日（日）
第2回	2020年 1月 26日（日）	第5回	4月 26日（日）
第3回	2月 16日（日）	第6回	5月 31日（日）

午前の部（9:00～12:30）  
午後の部（13:30～17:00）  
の2部制での開催です。

開催会場や受講料、参加申込み方法など、詳しくは裏面をご覧ください。



## 受講のお問い合わせ・申し込み先

**主催** 株式会社 DH Pro. school

**後援** 岡山県保険医協会歯科部会（担当：岡嶋） ☎(086) 277-3307





# DH Pro. スクール アドバンスコース エントリーシート

受講申込書

DH Pro. スクールアドバンスコースを受講希望の方は、このエントリーシートに必要事項をご記入の上、FAX (086) 239-7456までお送り下さい。

## セミナー日程

第1回 2019年 12月 15日 (日)      第4回 3月 15日 (日)  
 第2回 2020年 1月 26日 (日)      第5回 4月 26日 (日)  
 第3回                    2月 16日 (日)      第6回 5月 31日 (日)

## 会場 (全6回)

緑川歯科医院 (岡山駅西口から徒歩3分) 岡山市北区駅元町 12-23

## 定員

8名(午前の部 4名・午後の部 4名)

※ご都合の良い方(午前の部・午後の部)をお選び頂けます。ただし、ご希望の人数に偏りがあった場合は、変更をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

※定員になり次第、申し込み受付を〆切ます。〆切後はキャンセル待ちでの受付とさせていただきます。

## 受講料

149,000円 (消費税 14,900円別・合計 163,900円)

※上記受講料の他、アドバンスコースで使用する物品やテキストを別途ご購入頂く必要があります。

※準備持参物等の詳細についてはエントリーシートを提出頂いた方に別途ご案内致します。

※受講料(163,900円/人)を下記口座へお振込み下さい。振込手数料はご負担下さい。消費税法改正の施行日及び消費税率が変更された場合はその税率を適用します。

※受講料全額のご入金をもって受講受付完了とさせていただきます。返金は致しかねますのでご了承ください。

## 振込先

中国銀行 庭瀬支店 普通預金 2515704  
 (口座名義) (カ) ディエイチプロスクール

## 主催

株式会社 DH Pro. school

FAX (086) 239-7456 岡山県岡山市北区平野 788-60 (〒701-0151)

## DH Pro. スクール アドバンスコース エントリーシート FAX (086) 239-7456

貴院名	受講申込者 ご氏名①
院長 ご氏名	受講者携帯TEL (緊急連絡先)
医院 電話番号	ご希望の部 ( ) 午前の部 ( ) 午後の部
受講料の振込予定日                    月                    日頃	受講申込者 ご氏名②
受講料の お支払い区分 ( ) 全額を医院負担 ( ) 医院と受講生で折半して負担 ( ) 全額を受講生本人負担	受講者携帯TEL (緊急連絡先)  ご希望の部 ( ) 午前の部 ( ) 午後の部

ご記入頂いた個人情報は適切に管理し、当スクールの運営にのみ使用いたします