

27th SHIRANE DENTAL FAIR NAGOYA 2024

ユニット・レントゲン・光学印象・診療技工器材・歯科用薬品・衛生器材
カルテソフトコンピューター・建築関係・保険・その他話題の商品
多種多様にわたり 90社 が出展の デンタルフェア

表示の機材は実際の展示品とは異なります

2024.6.16 sun

開催時間 / 9:00~18:00 会場 / 名古屋市中企業振興会館(吹上ホール)2F 第1・第2ファッション展示場
〒464-0856 名古屋市中区吹上2-6-3 会場TEL (052)-735-2111



株式会社 **シラネ**

〒460-0012名古屋市中区千代田2-4-8
TEL(052)261-4636 FAX(052)261-4638

弊社ホームページでもご案内しております。

シラネ

検索

<http://www.shirane-dental.co.jp>




各セミナーのご案内

A セミナー ●対象：歯科医師、歯科衛生士 ●定員：150名

健口が健康寿命を延ばすわけ

■講師／**天野 敦雄**先生
・大阪大学大学院歯学研究所 予防歯科学講座教授

■時間／13:00～14:30
 ■会場／3F第2ファッション展示場



B セミナー ●対象：歯科医師、歯科衛生士、歯科助手 ●定員：150名

メンテナンス患者月間1,300人が来院する歯科医院が実践する患者とスタッフへの行動変容術

■講師／**森 昭**先生
・医療法人社団 光歯会 森歯科クリニック院長

吉岡 沙樹先生
・株式会社conpath.代表

■時間／10:00～11:30
 ■会場／3F第2ファッション展示場





森 昭先生 吉岡 沙樹先生

C セミナー ●対象：歯科衛生士、歯科助手 ●定員150名

「感じの良い歯科医院」が実践する4つのホスピタリティ

■講師／**柳沢 可奈**先生
・ボンビリティ代表

■時間／15:30～16:30
 ■会場／3F第2ファッション展示場



D 会場内セミナー ■会場／展示会場内特設講演会場 ●定員：各50名

D1 **メルサージュエピック2in1を用いた効率の良いメンテナンス**

◆講師：小林 早紀先生 株式会社松風
 ●時間／9:30～10:30 ●対象／歯科医師、歯科衛生士

D2 **知っておきたいDH目線での糖尿病アプローチの基本**

◆講師：村上 遥先生 サンスター株式会社
 ●時間／11:00～12:00 ●対象／歯科医師、歯科衛生士

D3 **歯科医院が取り組みやすい！明日から活かせる洗浄・消毒・滅菌セミナー**

◆講師：西垣 友貴先生 株式会社ジーシー
 ●時間／13:00～14:00 ●対象／歯科医師、歯科衛生士、歯科助手

D4 **2024年診療報酬改定で知っておきたいカルテ記載のポイント**

◆講師：鈴木 達也先生 株式会社オピックス
 ●時間／14:30～15:30 ●対象／歯科医師、医療事務

D5 **『OSAS (閉塞性睡眠時無呼吸症) における歯科医師が果たすべき役割』**

◆講師：山崎 正子先生 山崎歯科医院 院長
 ●時間／16:00～17:00 ●対象／歯科医師

E ミニセミナー会場 ●定員：各20名

E1 口腔内スキャナーから始まるデジタルワークフロー	講師：久斗 崇広先生 デンツプライシロナ株式会社	●時間／9:30～10:30 ●対象／歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士
E2 口腔内カメラ アイスペシャルC-V	講師：福田 大輔先生 株式会社松風	●時間／11:00～12:00 ●対象／歯科医師、歯科衛生士
E3 ナカニシ社員が伝授するハンドピースを長持ちさせるポイント～マル得!カートリッジ交換を習得して修理費を節約しよう～	講師：木下 久志先生 株式会社ナカニシ	●時間／13:00～14:00 ●対象／歯科衛生士、歯科助手
E4 患者さんのためのiTeroを用いたIOS活用	講師：中栄 里菜先生 株式会社モリタ	●時間／14:30～15:30 ●対象／歯科医師、歯科衛生士
E5 理想のエンドのお手伝い～材料が出来ること～	講師：竹内 一浩先生 ウltraデントジャパン株式会社	●時間／16:00～17:00 ●対象／歯科医師

事前に下記エントリーカードにてお申込みください。エントリー完了後、受付票をお届けします。ご来場の際に受付票が必要になりますので、当日必ずお持ちください。

※個人情報保護に基づき、この個人情報は事業目的に限り、その目的以外での使用は一切いたしません。■お願い：事前に弊社営業担当者へお渡しください。セミナーお申し込みはFAXでも受け付けております。

シラネ デンタルフェア 2024 エントリーカード

※ご参加者様全員のお名前のご記入をお願いします。

お得意様コードNo.

お得意先様名(貴医院名)	ご参加者様名(ふりがな)	職種※	ご参加希望セミナー	※職種欄に下記番号をご記入ください。
		様		①歯科医師 ②歯科技工士 ③歯科衛生士 ④歯科助手 ⑤学生 ⑥その他()
ご住所		様		各支店担当者
		様		<input type="checkbox"/> 本社 <input type="checkbox"/> 刈谷 <input type="checkbox"/> 浜松 <input type="checkbox"/> 千種 <input type="checkbox"/> 一宮 <input type="checkbox"/> 岐阜 <input type="checkbox"/> 三重 <input type="checkbox"/> 豊橋 <input type="checkbox"/> 飯田
TEL() -		様		担当者名