

27th SHIRANE DENTAL FAIR NAGOYA 2024



おかげさまでシラネは創業**77**周年、シラネフェアは**27**周年です。

2024.6.16 sun

開催時間 / 9:00~18:00 会場 / 名古屋市中区千代田2-4-8 第1・第2ファッション展示場
〒464-0856 名古屋市千種区吹上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
・ホスピタ代表
 ■時間／15:30～16:30
 ■会場／3F第2ファッショ展示場



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 ウルトラ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