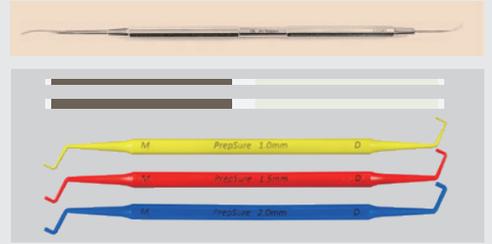


# モリムラ製品を使いこなそう～！

## 1 day ハンズオンセミナー



### 講師

**佐藤 貴彦 先生**  
たかデンタルクリニック院長

平成10年 3月 岩手医科大学歯学部 卒業  
平成17年 10月 たかデンタルクリニック開業  
平成17年 3月 日本歯周病学会認定歯周病専門医  
平成27年 1月 日本顕微鏡歯科学会認定医  
平成26年 7月～ 岩手医科大学歯学部 非常勤講師

**日時**：2025年 2月 9日（日） 10：00～17：00  
2025年 8月31日（日） 10：00～17：00

**参加費**：60,000円（税込、昼食、材料代込）

**定員**：10名（先着順）

**主催**：株式会社モリムラ 研修室  
東京都台東区上野3-17-10 TEL 03-5808-9350  
JR山手線・京浜東北線 御徒町駅 南口より徒歩4分

**協賛**：デンツプライシロナ

### 『意外と知らないモリムラ製品』

かゆい所に手が届く、コストパフォーマンスに優れているモリムラ製品ですが、意外と知られていない製品もあります。どのような治療が適応なのか、器材を駆使してどのような治療が出来るのかということの基本から応用まで、余すところなくお伝えします。

本セミナーは、前歯ブラックトライアングルにおけるダイレクトボンディング実習を主体として、接着修復におけるモリムラ製品の特性についてお伝え致します。

# 2025年 佐藤 貴彦 先生

# モリムラ製品を使いこなそう！

# 1 day ハンズオンセミナー

マイクロ  
スコープ  
1人1台  
使用



使用マイクロスコープ  
ブライトビジョン LED 5000  
ベントロン ジャパン 株式会社

モリムラ  
専用  
実習模型  
使用



前歯ブラックトライアングル症例をベースに、モリムラの各種製品を使用してラバーダム防湿から充填、形態修正、研磨まで実習を行っていただきます。実習に際しては、「モリムラ専用実習模型」と「マイクロスコープ」を使用しての実習が可能です。日頃の悩み、疑問点をこの実習で解消してください！



お申し込み  
お問合せ先

株式会社 **モリムラ** TEL 03-5808-9350 FAX 03-5808-9351

下記の参加申込書に ご記入のうえファックス またはモリムラホームページ「セミナー申込フォーム」からお申込ください。➡



## 佐藤 貴彦 先生 モリムラ製品を使いこなそう！ 1 dayハンズオンセミナー 参加申込書

|             |                                       |                                        |         |                               |                                     |
|-------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------|-------------------------------|-------------------------------------|
| フリガナ<br>ご氏名 |                                       | ご氏名<br>ローマ字                            |         | E-mail                        |                                     |
| フリガナ<br>ご氏名 |                                       | ご氏名<br>ローマ字                            |         | E-mail                        |                                     |
| 勤務先名        |                                       |                                        |         |                               |                                     |
| ご住所         | 〒                                     |                                        |         | 電話番号                          |                                     |
|             |                                       | (ご勤務先・ご自宅)                             |         | FAX番号                         |                                     |
| お取引歯科材料店様名  |                                       |                                        | ご担当者様名: |                               |                                     |
| お申込ご希望日     | <input type="checkbox"/> 2025年2月9日(日) | <input type="checkbox"/> 2025年8月31日(日) | お支払い方法  | <input type="checkbox"/> 銀行振込 | <input type="checkbox"/> クレジットカード決済 |