



**WDAI**  
Women Dental Academy for Implantology

美しい学び、女性歯科臨床家たちをつなぐ。

Women Dental Academy for Implantology(略称 WDAI)は、インプラントを主軸とした包括的臨床を志す、ビギナー、ブランク、キャリア、すべての女性歯科臨床家(歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士)の研修支援、臨床家としての活躍を支援することを目的とし設立されました。定例会、年次総会では、国内外からの様々な分野のエキスパートによる講演に耳を傾け、また会員による積極的な発表を展開し、次世代のリーダーを育成していきます。つねに学び、向上していく女性臨床家ひとりひとりの高い志と、その姿勢に共感し、選り続けられるアカデミーを協創致します。

## Learn with us

### WDAI メンター インプラントスタディー プログラム

#### - Session1-

◆ 2017年6月18日(日):10:00~17:00:プロローグ  
【診査・診断】インプラント学の基礎、最新エビデンスの確認/治療計画の立案/  
器具説明/基礎埋入実習/滅菌状態を作る(動画)

#### - Session2-

◆ 2017年7月2日(日):10:00~17:00:インプラント外科術式  
【インプラント外科】前回の確認滅菌環境を作る(実習)/埋入時の注意事項/フ  
ラップデザイン/埋入実習(3~5本)/2次オペについての講義

#### - Session3-

◆ 2017年7月23日(日):10:00~17:00:インプラント補綴  
【インプラント補綴】アバットメントセレクション/印象実習/遊離端欠損の咬合採  
得/テクニシャンとの連携/セット時の注意事項とインプラントの咬合様式/Top  
Down Treatment/メンテナンス

#### Session4-

◆ 2017年:7月23日以降のベーシックな症例でのLive Ope/ 総論  
ご要望により個別サポートします

### 募集要項

#### - 対象-

◆ インプラント未経験者(各施設1名まで同伴可)

#### - 会場-

◆ 医療法人愛健会 愛健歯科 研修室  
愛知県名古屋市名東区高社1-207

#### - WDAI事務局-

◆ 大阪市中央区伏見町4-2-6 平松ビル5階  
TEL:06-6233-4777 FAX:06-6233-3885

#### - 受講費-

◆ 50,000円(昼食/実習費用込)  
◆ 実習に用いるインスツルメント等の準備物  
については別途ご案内させていただきます。

#### - 定員-

◆ 5名

# WDAI 中部メンタープログラム

## FAX. 06-6233-3885

※定員になり次第、受付を締め切らせていただきます。

### WDAIメンタープログラム Speaker



荒尾 誠子先生  
医療法人愛健会 理事長  
新城歯科 院長  
国際インプラント学会 指導医・認定医  
USCジャパンプログラム5期卒業  
Zurich Club  
WDAI理事

親愛なる先生方へ  
エビデンスに基づいた安全な治療方針をたてる、フィクスチャーやアバットメントをセレクトする、そのためにはやはり多くの知識が必要です。研究データの更新が著しいインプラント関連の新しい知識と一緒に確認したいと思います。

実習もたくさん行います。単独歯欠損から複数歯欠損における造成をともなわないケースにフォーカスし、それが臨床で実施できるようになるといのがベーシックプログラムの内容になります。また、臨床相談や実地の際のフォローを積極的に行うというのもメンタープログラムの特徴です。

さらなるステップアップの機会が必要な場合は、メンタープログラムのアドバンスを企画いたします。少人数制で【実施できる】を主とした勉強会ですから、ざっくばらんにいきましょう。

荒尾 誠子



相宮 秀俊先生  
吹上みなみ歯科 院長  
日本顎咬合学会(認定医)  
日本口腔インプラント学会(認証医)  
日本臨床歯周病学会  
名古屋SJCD  
NOAH(名古屋臨床咬合研究会)

主催: 医療法人 愛健会/WDAI 中部支部  
後援: ストロマン・ジャパン株式会社

### お申し込み方法

# 1

下記全てにご記入の上、FAXにてお申し込みください。

# 2

受講のご案内を事務局よりEメールにてお送りして、ご参加を確定とさせていただきます。  
当日会場に直接お越しください。

※Eメールアドレスをお持ちでない方は、FAXにてご案内を差し上げます。※受講票の郵送はありません。

参加申込書に必要事項を記入しFaxでお申し込みください。

参加 申込 書	お名前:	施設名:
	お名前(ローマ字):	<input type="checkbox"/> WDAI会員 <input type="checkbox"/> 非会員
	ご住所: 〒	<input type="checkbox"/> 個人宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	メールアドレス:	
	Tel:	Fax:
	職業: <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 大学関係者 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 同伴者氏名( )	

※ご記入いただいた個人情報は、個人情報保護法に基づき第三者への提供は行いません。なお、弊社製品のご案内やセミナー/コースなどのご案内に使用させていただく場合もございます。

お問い合わせ先: ストロマン・ジャパン(株) 吉田: TEL 090-6794-1757

Supported by **straumann**  
simply doing more