

PHIJ 2020

Perio health institute japan

ベーシックコース 2020.5→2021.1

GP、歯科衛生士が押さえておくべき 歯周病学とインプラント学のベーシックコース

同プログラムは元AAP会長のDr. Michael K. McGuireが1979年に設立した予防、歯周療法学、インプラント、歯科衛生に重点を置くPeriodontal Health Professionals (PHP)の日本コースです。このコースの特筆すべき点は世界標準の歯周病学、インプラント分野の教育を行うのみでなく、Dr. Bo Krasséが提唱する「メディカルトリートメントモデル」と呼ばれる医療モデルを実臨床に導入する為のプログラムでもあります。一般的に手技に重きを置いたコースとは一線を画し、参加される歯科医院があるべき歯科医療の姿を実現するための一助になるものと確信しています。コース修了時にはAAP国際会員資格、PHIJ修了証明書、受講修了者はDr. McGuireが直接行うHoustonコースへの参加資格が与えられます。



Dr. Michael K. McGuire
Private Practice, Houston, USA
元AAP(米国歯周病学会)会長
Diplomate, American Board of Periodontology



薬山 鉄平 (コースディレクター)
つきやま歯科 専門医療センター 天神 院長
EAO認定インプラント専門医
Diplomate, American Board of Periodontology



宮本 貴成
クレイトン大学歯周病科
主任教授
Diplomate, American Board of Periodontology



Dr. E. Todd Scheyer
Private Practice, Houston, USA
Diplomate, American Board of Periodontology

会場

PHIJセンター

つきやま歯科医院 セミナールーム内 (福岡県福岡市南区)

定員

12 医院 (各医院: 歯科医師1名、歯科衛生士/助手1名) **合計24名**

受講料

¥930,000 (外税) (上記1 医院 (歯科医師1名、歯科衛生士/助手1名) につき)

お申込み/お問い合わせ先

※お申込みは下記お申込み用紙にてFAXにてお申込みください
PHIJ 事務局 TEL:092-558-9190 FAX:092-558-8469
e-mail:phij@fukuoka-tdc.com http://www.phij.net/

- 主催 PHIJ (Perio Health Institute Japan)
- 後援 デンツプライシロナ株式会社
- 日程が変更になる場合は早めにご連絡を差し上げます。
- 1医院1冊教科書のご購入をお願いいたします。

スケジュール

1	2020年5月23日(土)・24日(日)	コースイントロダクション PHIJの哲学 メディカルトリートメントモデル 懇親会
2	2020年6月13日(土)・14日(日)	包括的口腔外検査 歯周病学の基礎 歯周解剖 歯周病病因論 予後 リスク評価 論文抄読
3	2020年7月11日(土)・12日(日)	歯周初期治療 SRP
4	2020年9月12日(土)・13日(日)	歯周外科の講義 ハンズオン 論文抄読 オペ動画供覧
5	2020年10月24日(土)・25日(日)	歯周組織再生療法の講義 ハンズオン 歯周病と 全身疾患の関連、論文抄読 オペ動画供覧
6	2020年11月28日(土)・29日(日)	デンタルインプラント 抜歯窩保存術 GBRの基礎 ハンズオン オペ動画供覧 受講生課題発表
7	2020年12月19日(土)・20日(日)	インプラントのリスクファクター メインテナンス インプラント 補綴の原理原則 歯肉歯槽粘膜手術 ハンズオン 論文抄読
8	2021年1月16日(土)・17日(日)AM	受講生最終プレゼンテーション 包括的治療計画 他コースへの イントロダクション サーティファイケートパーティ

PHIJ 2019 ベーシックコース 世界標準の歯周病治療及び インプラント治療コース

- 1 2019年 5/11-12
- 2 2019年 6/22-23
- 3 2019年 7/20-21
- 4 2019年 8/24-25
- 5 2019年 10/19-20
- 6 2019年 11/16-17
- 7 2019年 12/14-15
- 8 2020年 1/18-19



PHIJ

2020 ベーシックコース 参加お申込書・資料請求お申込書

FAX 092-558-8469

ご希望のお申込みにチェックしてください

- 参加お申込み
- 資料請求

フリガナ

ご氏名 (歯科医師)

(歯科衛生士 / 助手)

施設名

お申込日 年 月 日

〒
ご住所

TEL

FAX

e-Mail アドレス

@