

# ZERO SYSTEM Certificate コース

ゼロシステム サーティフィケート コース

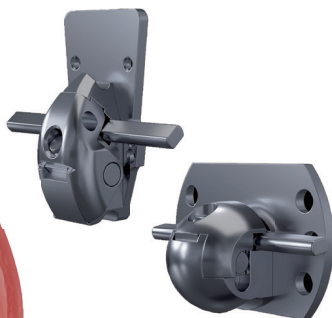


ORTHOLY

## ベーシックセミナー



装着例



歯科矯正用アタッチメント  
管理医療機器:230AKBX00026000  
歯科矯正用レジン材料  
管理医療機器:231AKBZX00015000

### リンガル矯正を シンプルでより快適に

- ZERO touch concept
- ストレートワイヤー
- ラウンドフォルムの装置
- 選べるフルリンガル/ハーフリンガル

ZEROSYSTEM は、ストレートワイヤーの選択と、患者の快適さを考慮したラウンドシェイプ装置によりシンプルで快適なリンガル矯正を追求します。

セミナー終了後、修了証書を授与いたします。



### 会場開催 Seminar

### 「ZERO SYSTEM」セルフライゲーションブラケットを使用した実習を行います。

ZERO SYSTEM の概要・コンセプト・臨床的メリットについて臨床経験の豊富な講師がわかりやすくお伝えします。

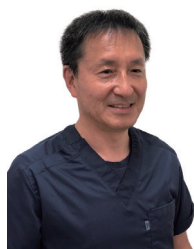
システムのシンプルさ、特長を実習模型でご確認いただけるハンズオン型のコースです。

#### Lecture/ レクチャー

- ZERO system の概要、コンセプト
- ZERO system の臨床的なメリット
- 症例解説、臨床応用

#### Hands-on/ ハンズオン

- レベリング
- スペースクローズ
- ディテーリング
- チューブのリペア



講師: 下田 哲也 先生

1996年福岡歯科大学大学院卒業 博士号取得  
1998年しもだ矯正歯科クリニック開院(福岡市)  
日本矯正歯科学会 認定医・専門医取得  
日本舌側矯正歯科学会 認定医取得  
WBLO メンバー

日 時

会 場

定 員

14名

受講料

38,000円(税抜 / テキスト・実習材料費・昼食含)

決定次第ご案内いたします。

お申込みは Home page or FAX(0120-503-051) にて

お申込後、弊社3営業日経っても連絡がない場合には恐れ入りますが(TEL:0120-108-171)までご連絡ください。

株式会社  
ジーシー オルソリー

174-8585  
東京都板橋区蓮沼町76-1  
TEL:0120-108-171  
FAX:0120-503-051

ortholy\_mail@gc.dental  
www.gcortholy.com



ORTHOLY

### ZERO SYSTEM Certificateコース ベーシックセミナー(会場開催)

|                           |                 |                                                                                                                                          |                                        |
|---------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| ご連絡先<br>(勤務先・自宅)          | 貴医院名            | フリガナ                                                                                                                                     | ご参加者お名前                                |
|                           |                 | いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい。 <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> その他 | お名前ローマ字表記 修了証書発行の為、大文字ローマ字表記願います。(ABC) |
|                           | ご住所             | 〒                                                                                                                                        | 市 区 都 道 県                              |
| e-mail<br>(携帯・パソコン)       | TEL ( ) FAX ( ) |                                                                                                                                          |                                        |
| ※セミナー詳細をメール又はFAXにてお送りします。 |                 |                                                                                                                                          |                                        |
| @                         |                 |                                                                                                                                          |                                        |

●ご記入いただいた個人情報(メールアドレス含む)は当セミナーの運営、弊社の取扱商品並びに弊社他セミナー開催のご案内などに使用させていただきます。