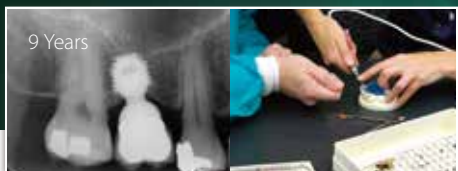


2015年度バイコンデンタルインプラント研修会 システム説明・模型実習



ーバイコンインプラントシステムの手技をご習得されたい方へー

バイコンインプラントシステムの基本的な術式、基礎的な補綴操作についての講義の後、
模型を用いて実際にインプラント埋入からアバットメント装着までご体験いただけます。

■日時■

日程	開催時間	会場
2015年 6月21日(日)	13:00 - 16:30	沖縄 那覇市沖縄産業支援センター
8月30日(日)	13:00 - 16:30	東京 港区AP品川
10月4日(日)	10:00 - 13:30	大阪 大阪市梅田スカイビル
12月13日(日)	13:00 - 16:30	東京 港区AP品川

■講師■



Implant Dentistry Centre Boston
平山 宗如 先生
(6/21)



Implant Dentistry Centre Tokyo
木村 美那 先生
(8/30,10/4,12/13)

■定員■ 定員20名 (定員になり次第締め切らせて頂きます。)

■参加費■ iBicon Network 会員 ¥15,000
(消費税込) 非会員 ¥18,000

三菱東京UFJ銀行 田町支店：043
普通預金 口座番号：1493022
口座名： バイコンジャパン株式会社

- ・お支払期限までにご入金頂けない場合はキャンセルとさせていただきます。
- ・お申し込み確定後キャンセルをされた場合および当日ご来場されなかった場合、参加費用のご返金および他セミナーへの振替はいたしかねます。
- ・会場内での撮影・録音等はご遠慮頂いております。
- ・内容および時間等、予告なく変更することがございます。

何卒ご理解ご了承の程、お願い申し上げます。
●下記にご記入の上、弊社まで FAX にてご送信ください。
参加費は 1週間以内に左記の銀行口座へお振込みください。
ご入金を確認後、お申し込み確定といたします。
お振込みの控えをもちまして、領収書とさせていただきます。

■主催・お申し込み先■ バイコンジャパン株式会社

TEL : 0120-8150-62 HP : www.bicon.co.jp e-mail : info@bicon.co.jp

★お申し込みの際は、下記にご記入の上FAXにてご送信ください。

SHORT
IMPLANTS

FAX : 0120-418-117

6月21日(日) 8月30日(日) 10月4日(日) 12月13日(日)

お名前	フリガナ	ローマ字	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他
	ご勤務先	ご住所	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 〒
TEL	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅	FAX	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅
Eメール			

2015年度バイコンデンタルインプラント研修会 システム説明・模型実習 大阪

10月4日(日) 10:00 - 13:30
(受付9:50~)



ーバイコンインプラントシステムの手技をご習得されたい方へー

バイコンインプラントシステムの基本的な術式、基礎的な補綴操作についての講義の後、
模型を用いて実際にインプラント埋入からアバットメント装着までご体験いただけます。

■講師■



Implant Dentistry Centre Tokyo
木村 美那 先生

■定員■ 定員20名 (定員になり次第締め切らせて頂きます。)

■参加費■ iBicon Network 会員 ¥15,000
(消費税込) 非会員 ¥18,000

三菱東京 UFJ 銀行 田町支店：043
普通預金 口座番号：1493022
口座名： バイコンジャパン株式会社

- ・お支払期限までにご入金頂けない場合はキャンセルとさせて頂く場合がございます。
 - ・お申し込み確定後キャンセルをされた場合および当日ご来場されなかった場合、参加費用のご返金および他セミナーへの振替はいたしかねます。
 - ・会場内での撮影・録音等はご遠慮頂いております。
 - ・内容および時間等、予告なく変更することがございます。
- 何卒ご理解ご了承の程、お願い申し上げます。

●下記にご記入の上、弊社まで FAX にてご送信ください。
参加費は **1週間以内**に上記の銀行口座へお振込みください。
ご入金を確認後、お申し込み確定といたします。
お振込みの控えをもちまして、領収書とさせていただきます。

■会場■ 梅田スカイビル ウェスト22階会議室B
〒531-0076 大阪府大阪市北区大淀中1-1-88



SHORT® Implant



■主催・お申し込み先■ バイコンジャパン株式会社

TEL : 0120-8150-62 HP : www.bicon.co.jp e-mail : info@bicon.co.jp

★お申し込みの際は、下記にご記入の上FAXにてご送信ください。

SHORT
IMPLANTS

FAX : 0120-418-117

お名前	フリガナ	ローマ字	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他	
	ご勤務先	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 〒		ご住所
TEL	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅	FAX	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅	Eメール