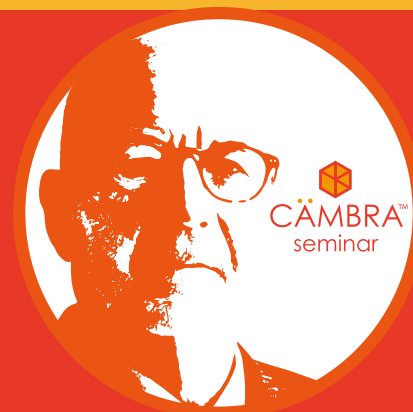




CAMBRA™定期管理予防セミナー

これからの予防歯科の新スタンダード
全米トップシェアのう蝕管理
「キャンブラ」を学ぶ、導入する。



日本へ、地域へ、これからの歯科医療プログラムを。



全米歯科大学65校中、40校が採用！
世界基準のう蝕管理方法を。

CAMBRA™とは「Caries Management By Risk Assessment ~リスク評価に基づくう蝕管理~」の略名で、予防歯科の発達するアメリカ、カリフォルニア大学サンフランシスコ校歯学部長フェザーストーン教授が提唱するう蝕予防法です。う蝕は「う蝕を誘発する疾患指標とリスク因子からなる病変因子」と「う蝕を遠ざける防御因子」の2つのバランスによって発生。CAMBRA™はエビデンスに基き、過去のう蝕経験や唾液量等から個々人のう蝕リスクを評価し、それに応じたリスクを下げる為の処置までがすべてプロトコル化されています。これからの日本の予防歯科診療に欠かせない、世界基準のう蝕管理方法です。



CAMBRA™定期管理予防セミナー

CAMBRA™の考え方やリスクアセスメントの基礎を学ぶ「What's CAMBRA™編」とCAMBRA™を臨床に応用した「CAMBRA™臨床編」がございます。

What's CAMBRA™編はUCSF（カリフォルニア大学サンフランシスコ校）のコースに準じた内容となりますのでサティフィケートが授与されます（※申請者のみ、別料金）

What's CAMBRA™
サティフィケート授与



【What's CAMBRA™編】

リスクとは何か？リスクマネージメントとは何か？

2015年12月20日初来日したCAMBRA™講演会と同等の内容を学べます。歯質の保存学、修復学の復習からCAMBRA™の理論や概要を学んだ上で、実際のリスクの評価と処置などの「基礎」を学びます。



【CAMBRA™臨床編】

CAMBRA™を臨床でどう生かすか？

CAMBRA™によるリスク評価と処置方法等、導入している歯科医師・歯科衛生士から具体的な運用方法についてお話させていただきます。診療内容を知ることで、自医院に取り入れるイメージが出来ます。実務の役割を担う歯科衛生士さんと一緒にご参加下さい。





【What's CAMBRA™編】 10:00~16:00

	YKキャンブラ全国セミナー	明海大学歯学部生涯研修部セミナー
2017	9/17 日 大阪	8/27 日 東京 (明海大学・朝日大学 歯科医師生涯研修センター) 10/22 日 東京 (明海大学・朝日大学 歯科医師生涯研修センター)
	11/26 日 東京	
	12/10 日 福岡	
2018	1/21 日 大阪	
	2/11 日 東京	
	3/11 日 名古屋	

※明海大学歯学部生涯研修部セミナーは、日本歯科医師会生涯研修単位の取得対象となります。

【CAMBRA™臨床編】 10:00-16:30

YKキャンブラ全国セミナー

2017	9/24 日 東京	10/29 日 大阪
2018	1/28 日 東京	2/25 日 大阪



CAMBRA™公認インストラクター

竹下 玲

明海大学歯学部
社会健康科学講座
口腔衛生学分野・准教授



CAMBRA™公認インストラクター

麻生 幸男

麻生歯科クリニック 院長
明海大学歯学部 口腔診断科卒



【What's CAMBRA™編】	歯科医師 20,000円 (税込)	歯科医師以外 15,000円 (税込)
【CAMBRA™臨床編】	すべて 25,000円 (税込)	

※【CAMBRA™臨床編】へのご参加は【What's CAMBRA™編】への事前参加をお勧めしています。



<http://www.yoshida-dental.co.jp>

- ① ヨシダホームページ「YK CAMBRA全国セミナー」申込ページよりお申し込みください。
 - ② 参加費をお振り込み頂き、入金の確認をもって正式受付とさせていただきます。
 - ③ ご希望の会場の空席状況を事前にヨシダホームページまたはお電話にてご確認ください。
- ※ホームページからお申し込みをいただきますと参加費は10%off!



お申込み書

【What's CAMBRA™編】 2017 8/27 東京 9/17 大阪 10/22 東京 11/26 東京 12/10 福岡
2018 1/21 大阪 2/11 東京 3/11 名古屋

【CAMBRA™臨床編】 2017 9/24 東京 10/29 大阪 2018 1/28 東京 2/25 大阪

参加者 ご氏名 参加人数 名	① 歯科医師 〃 〃 〃 ふりがな 歯科衛生士 その他 ※該当に○をつけてください。	連絡先 〒 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 TEL () FAX () 勤務先医院名 E-mail
	② 歯科医師 〃 〃 〃 ふりがな 歯科衛生士 その他 ※該当に○をつけてください。	
	③ 歯科医師 〃 〃 〃 ふりがな 歯科衛生士 その他 ※該当に○をつけてください。	
※通信欄	お出入りディーラー様	

ご記入いただいた個人情報、ご本人の同意が無い限り、第三者には提供いたしません