

# ICOI Fellowship Certificate Course

## 世界最大のインプラント学会ICOI Fellowship 取得コース

ICOI (International Congress of Oral Implantologists) は1972年に設立された国際的な口腔インプラント学会であり、本部は米国に置かれています。すべての患者様によりよい歯科治療を提供するため、歯科医療従事者のインプラント教育に努めており、世界最大規模のインプラント学術団体であると同時に、インプラントの継続教育を提供する最大の機関としての役割も果たしています。現在世界で加入されている専門医会員数約2万5千人です。

そのICOI において認定される国際資格 Fellowshipを取得する為の養成コースです。

インプラントに関わる包括的な知識を習得できるだけでなく、Fellowshipに必要な書類作成、ケース写真の撮り方、プレゼンテーションの作り方、行い方、試験準備講義までを網羅するものです。FIST2years programに加えて、5セッション終了後、Fellowshipに申請に必要なICOI生涯研修CEクレジットが100時間取得することができます。

### プログラム内容

第1日目 2018/02/04 (日) 10:00~17:00：場所等随時発表

概論、ケース提出用書類、口腔内写真撮影外科編、補綴I編、インプラント基礎解剖学

第2日目 2018/03/01 (日) 10:00~17:00：インプラント本社

CT画像診断、3Dインプラント治療計画、サージカルガイドを用いたインプラントハンズオン

第3日目 2018/04/08 (日) 10:00~17:00：場所等随時発表

インプラント手術における注意点、インプラント埋入から補綴ハンズオン

第4日目 2018/05/13 (日) 10:00~17:00：場所等随時発表

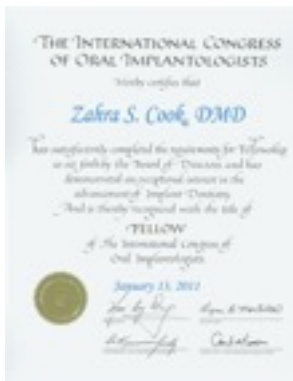
軟組織マネジメント、骨増生、ソケットリフト、サイナスリフト ハンズオン

第5日目 2018/06/10 (日) 10:00~17:00：場所等随時発表

申請書類作成、ケースプレゼンテーション、インタビュー

\*内容は一部変更となることがございます。

**全てのセッションを受講し、申請書類が整いますと、最短で2018年7月21日、22日開催のICOI日本大会にて、Fellowshipの授賞が出来ます。**



# ICOI Fellowship Certificate Course 2018

## 参加資格：

- ・ ICOI 正会員
- ・ FIST ベーシック・アドバンス プログラムを卒業していること\*1
- ・ 術後1年以上経過しているインプラント症例10ケース以上\*2

\*1 詳しいコース内容はwww.drhomma.comで確認ください。また、提携プログラム参加でも免除となることがあります

\*2 コース修了時まで持っていること、申し込み時にはなくても構いません

**参加費用: 5セッション 385000円 (fellowship申請料込み)**

**振込口座: 楽天銀行 第二営業支店 支店番号 252**

**口座番号 (普通) 7112713 合同会社 アーデント**

**ホームページ\*3、または初回時に、クレジットカードでの支払いも可能です。**

\*3 www.drhomma.com

## 講師紹介



歯科医師 本間輝章

2004年に日本歯科大学卒業、臨床研修医を経て(医)本間歯科勤務、1年半の臨床の後、米国ニューヨーク大学に留学。総合診療科を卒後、インプラントペリオ科に進み、デニスターナーに師事、同科卒後は総合診療科、審美歯科、インプラント科の3科にて臨床指導医として後輩の指導にあたる。

2010年に帰国し再び(医)本間歯科のグループ診療所にて診療にあたる傍ら、国際学会発表、通訳、翻訳の仕事も手がける。ICOI 国際口腔インプラント医師会指定の Future Implantologist Study Team を立ち上げ、将来のインプラントロジストを育てる勉強会も始める。そして2012年よりICOIの補助機構、衛生士部門となる ADIA Japan の代表となり、インプラント認定歯科衛生士プログラムの代表を勤める。2013年から、スイスに本拠地を置く、インプラント治療医の国際評価機関 Leading Implant Centers に日本国内で初の世界最高レベルのインプラントロジストとして登録されている。以降、ICOI世界大会において講演を行うなど、世界中で講演や指導を行っている。

ICOI 日本大使 日本支部役員 ADIA Japan 代表 FIST代表

## ICOI Fellowship Course 参加申込書 (送り先FAX番号 )

氏名 ローマ字表記	姓 Last name	名 First name	
住所	〒		
電話番号		ICOI 会員番号	
email		所属歯科医院名	