

KaVoで 開業できるって 本当?



KaVo経営・開業セミナー受講特典あり



KaVoって高いんだよね。

KaVoで開業ってできるの。

製品はすごく良いって聞くよ。

効率や質も上がるのかなあ。



経営・開業に関して、皆さまの不安や疑問にお答えします。その成功のポイントとその実践についてわかりやすく解説します。

経営 教育 技術 のノウハウが満載!!

日時	■名古屋 3/6(日)・10/23(日) ■東京 7/10(日)・11/13(日) ■大阪 9/4(日) 各日 11:00～17:00	会場	カボデンタルシステムズジャパン 各セミナールーム
		定員	各日 20名
		受講料	各日 5,000円(税込)

セミナープログラム

- 田中式チャートによる開業シュミレーション
- 増患と自費率アップのノウハウ
- 開業からロケットスタートする方法
- 優れた歯科医師でも苦勞するスタッフマネジメント、経営マネジメント
- マーケティング、看板、HPを用いた集客
- 信頼される歯科医院作り
- 失敗しない機材選択とは
- デジタルデンティストリーへの取り組み
(歯牙形成からCAD/CAMまでをデモ予定)



講師 歯科タナカ 理事長
田中 健久 先生

【略歴】
 1993年 岩手医科大学 卒業
 2004年 青山通り歯科タナカ 開院
 2005年 東京医科歯科大学 大学院 卒業
 2008年 渋谷歯科タナカ 開院
 2010年 久我山駅前歯科 開院
 2012年 新秋津歯科タナカ 開院
 2013年 HTラボ 開設
 2014年 プレア歯科 開院
 2014年 ホワイトエッセンス渋谷 開院
 ニューヨーク大学 歯周&インプラントコース 修了
 ハーバード大学 審美&インプラントコース 修了
 ペンシルバニア大学 審美&インプラントコース 修了

【所属】
 ・日本補綴歯科学会 会員
 ・日本口腔インプラント学会 会員
 ・日本顎咬合学会 かみ合わせ認定医



講師 上前津歯科医院 理事長
今井 健二 先生

【略歴】
 1994年 朝日大学 歯学部 卒業
 1994年 朝日大学 歯周病学講座
 1995年 朝日大学大学院 歯学研究科
 1999年 朝日大学 歯学部歯周病学講座 非常勤講師
 1999年 医療法人 修愛会 上前津歯科医院
 2002年 医療法人 修愛会 上前津歯科医院 理事長就任
 2009年 ナゴヤセラミックファクトリー 開設
 ニューヨーク大学 歯周&インプラントコース 修了
 ハーバード大学 審美&インプラントコース 修了
 ペンシルバニア大学 審美&インプラントコース 修了

【所属】
 ・日本歯周病学会 会員
 ・日本口腔インプラント学会 会員
 ・日本歯科審美学会 会員
 ・IPPC 主宰
 ・ノーベルガイド プランニング教室(名古屋) 塾長

お申込み・お問い合わせは裏面をご覧ください。

KaVo 経営・開業セミナー2016

名古屋

2016年**3月6日**(日)・**10月23日**(日)
11:00~17:00

■カボデンタルシステムズジャパン
名古屋セミナールーム
〒460-0008 名古屋市中区栄3-3-21 セントライズ栄3階
TEL 052 (238) 1146 FAX 052 (238) 1567
●地下鉄名城線・東山線「栄駅」より徒歩5分



東京

2016年**7月10日**(日)・**11月13日**(日)
11:00~17:00

■カボデンタルシステムズジャパン
東京セミナールーム(21F 予定)
〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー
TEL 03 (6866) 7480 FAX 03 (6866) 7481
●JR線「品川駅」より徒歩10分または無料送迎バス5分



大阪

2016年**9月4日**(日)
11:00~17:00

■カボデンタルシステムズジャパン
大阪セミナールーム
〒541-0043 大阪府中央区高麗橋4丁目5-2 高麗橋ウエストビル1F
TEL 06 (7711) 0450 FAX 06 (7711) 0451
●地下鉄御堂筋線「淀屋橋駅」より徒歩3分



参加申込書 「KaVo 経営・開業セミナー2016」

FAX 03-6866-7481

【お申込み方法】 **セミナーID: 810**

下記申込書にご記入の上、FAXにてお申込みください。お申込みは、先着順にお受けいたします。担当より折り返し「お申込み確認書」をお送りいたしますので、受講料は確認書到着後1週間以内に、指定の口座へお振込みください。
ご入金をもちまして正式お申込みとさせていただきます。ご入金後の返金には応じかねますので、あらかじめご了承ください。
*定員になり次第締め切らせていただきます。

ご希望の 日程に ☑をお入れ ください。	名古屋会場 <input type="checkbox"/> 3月6日(日)
	<input type="checkbox"/> 10月23日(日)
	東京会場 <input type="checkbox"/> 7月10日(日)
	<input type="checkbox"/> 11月13日(日)
大阪会場 <input type="checkbox"/> 9月4日(日)	

お名前	ふりがな	生 年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 () <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> ご開業 <input type="checkbox"/> ご勤務 <input type="checkbox"/> その他()
お勤め先名	ふりがな			お勤め先へのご連絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 以下※欄にご記入ください
お勤め先 ご住所	〒			TEL	_____
				FAX	_____
※ご連絡先 ご住所	〒			TEL	_____
				FAX	_____
E-mail					

※記載された個人情報を含む情報を、弊社よりの「各種セミナーのご案内」「各種製品情報の提供」「ご案内」などの送信、送付データとして使用させていただく場合があります。