

*** 技工士対象 ***

【BPS 義歯製作におけるラボサイドワークを習得するための実習コース】 へのお誘い



私自身、BPS 認定インストラクターである佐藤幸司先生の講習を受講して認定技工士となり、それ以来、これまで BPS 義歯の 100 以上の症例の製作ならびに臨床現場での立ち合いを行ってきました。その間に JIADS 有床義歯コースの前田、松田両先生と多くの歯科医師の先生の実習のサポートを行ってきました。

BPS に関しては近年多くの書籍等が入手可能になってはいますが、やはり実際に患者さんを目の前にしたり、その方の模型を咬合器に装着したり、排列することにより理解が深まるものであると思います。また BPS システムの大きな特長の一つに、【歯科医師 (Dr) と歯科技工士 (DT) 双方にライセンス制を採用している】ことが挙げられますが、この統一されたシステムとプロトコルで、Dr と DT の共通認識と円滑な連携によって、患者満足度の高い良質な義歯製作が可能となります。

本コースでは、このような BPS 義歯製作を可能にするための実践的なハンズオンコースとして 1.5 日間の実習を通じて、以下のような内容で ラボサイドワークの基本的なプロトコルを習得していただき BPS 認定技工士の資格の習得を目指していただきます。

また本コースに先立って JIADS の有床義歯コースのベーシックに参加していただくことで (2026 年は 4 月 4 日～5 日開催：詳細はホームページをご覧ください)、BPS の臨床の実際をデモ患者さんにおいて知っていただけると同時に、RPD,IOD の設計・製作のポイントも習得していただけますので、通常の参加費用で両方を受講できる JIADS の技工コースならではの設定となっています。是非多くの方のご参加をお待ち申し上げます。

【日 時】 2026年 6月 27日 (土曜日) 13:00～17:30

6月 28日 (日曜日) 9:00～16:00

【会 場】 東洋医療専門学校

〒532-0004 大阪市淀川区西水早ら 1-5-35 tel: 06-698-225

JR 京都線、新幹線「新大阪駅」北口より徒歩 5 分

地下鉄御堂筋線「新大阪駅」4 番出口より西へ徒歩 5 分 <https://www.toyoiryo.ac.jp/>

【講 師】 前田芳信 (大阪大学歯学部歯学研究科 招聘教授、元歯科補綴学第二講座教授、元大阪大学歯学部付属病院長

イボクラ公認 BPS インストラクター)

【内 容】 1日目 13:00～17:30

- ・講義
- ・基準となる解剖学的ランドマークおよび模型分析の基礎と実習
- ・アクセサリセットを活用した咬合器装着デモと実習
- ・ナソメーターの設置の解説とデモ

2日目 9:00～16:00

- ・人工歯（前歯・臼歯）の排列基準および手順の講義・デモと実習
- ・歯肉形成のポイント解説・デモと実習
- ・イボベース重合の解説と研磨・仕上げのポイント（講義）

【定 員】 20名

【受講料】 （総額） 77,000円（税込・全ての諸経費を含む）

70,000円（税抜） 7,000円（消費税10%）

※JIADS 有床義歯ベーシックコース受講者は55,000円（税込）

* 本コース参加には「ストラトス咬合器」「アクセサリセット アブレージ」をご自身でご用意いただき、当日ご持参して頂く必要があります。

【申込方法】別紙の申込用紙にご記入の上、J I A D S 東京事務局まで FAX 又はご郵送下さい。

申込用紙の受理後、「受講料のご案内」をメールでお送り致します。（3日以内に届かない場合は事務局までお問い合わせ下さい。ご登録を確認させていただきます。）

お申し込み日から2週間以内に受講料を銀行口座へお振り込み下さい。（詳しくは「受講料のご案内」をご覧ください。）
ご入金の確認がとれた時点で正式に受付完了とさせていただきます。

2週間を過ぎてご入金を確認されない場合、キャンセル扱いとなる場合がございますのでご注意ください。

尚、2026年4月27日（開催日の2ヶ月前）を過ぎてキャンセルされた場合、受講料（全額）の返金は致しかねますのでご了承下さい。

問合せ・申込先：JIADS 東京事務局 〒104-0061 東京都中央区銀座 6-9-8 銀座 UKビル 6F
TEL:03-3572-5080 FAX:03-3569-0217 E-mail:jiads@r5.dion.ne.jp

※申込用紙は、大きな文字で正確にご記入をお願い致します。

**《BPS 義歯製作におけるラボサイドワークを習得するための
実習コース（2026.6/27.28）申込用紙》**

--	--	--	--

医院名ま たは技工 所名	
ご連絡先	<input type="checkbox"/> 医院・技工所 <input type="checkbox"/> 自宅 (〒 -) *郵便番号を必ずご記入下さい*
TEL :	FAX :
メールアドレス ※必ずご記入ください。	

※メールアドレスの記入の際は、o(オー) 0(ゼロ) - (ハイフン) _ (アンダーライン) などの区別がつくよう、はっきりと大きな字で記入いただきますようお願い申し上げます。

FAX 送信先：JIADS 東京事務局 03-3569-0217