

筒井塾コース受講申込書 ①

申込日 年 月 日

受講希望コースの□に✓印を付けてください。

☐ 包括歯科臨床コース（注）（2025年）

☐ オブザーバーとして参加

☐ 歯周外科アドヴァンスコース（2026年 隔年開催）

☐ 咬合療法ベーシックコース（2024年 東京ライブ）

☐ オブザーバーとして参加（咬合療法ベーシックコースの受講が2回目以降の方）

☐ 咬合療法ベーシックコース（2025年 神戸ライブ）

☐ オブザーバーとして参加（咬合療法ベーシックコースの受講が2回目以降の方）

☐ スプリントアドヴァンスコース（2025年）

☐ 矯正ベーシックコース（注）（2025年）

☐ オブザーバーとして参加（矯正ベーシックコースの受講が2回目以降の方）

☐ 矯正アドヴァンスコース（注）（2025年）

※フリガナは必ずご記入下さい

※ローマ字（ブロック体）でフルネームでご記入下さい

フリガナ

お名前：

（男・女） Name

ご連絡先（勤務先・開業先・ご自宅 ※いずれかに○をつけて下さい）

職 種

※いずれかに○をつけて下さい

医院名など：

歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士・歯科助手・受付・他

ご住所： 〒

TEL：

FAX：

メールアドレス：

スタディグループ筒井塾会員No.

勤務先または開業先にご連絡を希望される方は、技工所・医院名もご記入下さい。ご連絡先が変更になった場合はお手数ですが必ず筒井塾までご連絡をお願い致します。

（注）包括歯科臨床コース、矯正ベーシックコース、矯正アドヴァンスコースは、申込金 10 万円のご入金をもって受付完了、スプリントアドヴァンスコースは、受講料のご入金をもって受付完了といたします。申込金の払い戻しはいたしません。

※スタディグループ筒井塾（咬合療法研究会およびJACD）の会員は受講料5%引きです（オブザーバーは含みません）。

振込先：西日本シティ銀行 折尾支店 普通口座 1919392 株式会社筒井塾

お問い合わせ
申込書送付先

筒井塾

〒807-0825 福岡県北九州市八幡西区折尾 3-1-5

TEL: 093-601-9728 FAX: 093-601-8193 URL <http://www.22i-juku.jp/> email tutui@22i.jp

担当：田中

筒井塾コース受講申込書 ②

申込日 年 月 日

ご希望の開催日・受講形式に○を付けてください。

☐ 歯冠修復実習コース（2025年 姫路）

・ご希望の受講形式に○を付けて下さい

【 講義と実習を受講する ・ 講義のみ受講する ・ オブザーバーとして受講する / 年 】

※以前に実習を受けられた方が対象となります。
前回受講された年をご記入ください。

☐ 出張コースを希望する

フリガナ ※フリガナは必ずご記入下さい ※ローマ字（ブロック体）でフルネームでご記入下さい
お名前： (男・女) Name
ご連絡先（勤務先・開業先・ご自宅 ※いずれかに○をつけて下さい） 職 種 ※いずれかに○をつけて下さい
医院名など： 歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士・歯科助手
ご住所： 〒

TEL： FAX：
メールアドレス： スタディグループ筒井塾会員No.

筒井塾受講歴： 咬合コース 有 ・ 無 包括コース 有 ・ 無

勤務先または開業先にご連絡を希望される方は、技工所・医院名もご記入下さい。
※スタディグループ筒井塾（咬合療法研究会およびJACD）の会員は受講料5%引きです。（オブザーバーは含みません）

振込先：三井住友銀行 ^{しかま} 飾磨支店 普通口座 0166270 株式会社カロス

注）お振込の際には、申込者の個人名での入金をお願いします。

お問い合わせ
申込書送付先

(株)カロス

〒672-8064 兵庫県姫路市飾磨区細江120
TEL: 079-243-1182 FAX: 079-243-1181 URL <https://www.kalos.jp/> email info@kalos.jp

担当：増田

筒井塾コース受講申込書 ③

申込日 年 月 日

必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送にて田代歯科技工所までお送り下さい。

☐ 筒井式床矯正・スプリント作製実習コース（2025年 北九州）

・ご希望の受講形式に○を付けて下さい

【 講義のみ受講する ・ 講義と実習を受講する ・ オブザーバーとして参加 】

フリガナ ※フリガナは必ずご記入下さい ※ローマ字（ブロック体）でフルネームでご記入下さい

お名前： (男・女) Name

ご連絡先（勤務先・開業先・ご自宅 ※いずれかに○をつけて下さい） 職 種 ※いずれかに○をつけて下さい

医院名など 歯科医師・歯科技工士・歯科衛生士（講義のみ可）

ご住所： 〒

TEL： FAX：

メールアドレス： スタディグループ筒井塾会員No.

勤務先または開業先にご連絡を希望される方は、技工所・医院名もご記入下さい。

ご連絡先が変更になった場合はお手数ですが、必ず田代歯科技工所までご連絡をお願い致します。

※スタディグループ筒井塾（咬合療法研究会およびJACD）の会員は受講料5%引きです。（オブザーバーは含みません）

お問い合わせ
申込書送付先

田代歯科技工所

〒806-0022 福岡県北九州市八幡西区藤田2-4-1
TEL&FAX: 093-621-5287

担当：田代孝久

筒井塾咬合療法研究会 『力のコーディネーター』入門コース 2024年 Webセミナー（ZOOM）

もうすぐ春がやってきます！草花が芽生える季節になりました。気持ちもあらたに一緒に「態癖」を学びませんか？「筒井の咬合論」何度も聞くことで、新しい学びがあります。

『かみ合わせは、全身のバランスのひとつです。かみ合わせが悪いと、全身の姿勢が歪みます。姿勢の歪みは、かみ合わせを歪ませます。身体の歪みは、結果が原因となって、歪みの悪循環を引き起こします。まずは、身体を歪ませる生活習慣に気づくこと、そのよくない生活習慣を改めること、これが「からだバランスケア」の第一歩です』（顔・からだバランスケア～筒井照子著～より）

「態癖指導」は行っているが、もっとうまく指導できないか？新しいスタッフと勉強したい！という方にも、とても参考になる講演を企画します。是非医院皆様でご参加ください。

<内容>

- ・筒井照子先生のご講演：演題『力のコーディネーターが育ってほしい』
- ・態癖指導に必要な基礎知識と用語の説明
- ・態癖指導を取り入れている歯科医院での実際（歯科医師・歯科衛生士の立場から）
『機能障害ってなんだ？力がわかると 仕事が変わる』（大石恒子先生）



筒井照子先生
筒井塾主宰



大石恒子先生
もとむら齒科院長



DH細川くみ子先生
久保眼科齒科医院



DH川端理恵子先生
きらきら齒科医院

日時：2024年5月19日（日） 10時～16時

参加費：5000円（税込）

参加申込QR↓

- <申込方法> 右記QRコードよりお申込みください。
<支払い方法> Payvent申込フォームよりお支払いください。
(定員：100名*5/17締切)
<開催方法> Web開催（Zoom ウェビナー）
<問合せ先> 咬合療法研究会 事務局（お電話は平日9:30~17:30受付）
事務局メールアドレス：jimu@22i.gr.jp TEL:03-6826-8099
<当日連絡先> 担当 山口 090-9319-0130



第12回 咬合療法フォローアップコース

主催：咬合療法フォローアップチーム

筒井塾咬合療法コースを受講された歯科医師が「咬合療法」の復習と一層の実践的スキルを習得していただくための実習付コースです。

※注 矯正、ペリオ、エンド、インプラント、形成・印象等の内容ではありません

- 日程 2025年2月23日(日祝)・24日(月振)・3月16日(日) 3日間
(2月23日終了後懇親会あり)
- 時間 2月23日 10:00～18:00 2月24日・3月16日 9:30～16:30
- 会場 講義：2月23・24日 神戸国際会館(三宮)
実習：3月16日 タカラベルモント株式会社神戸営業所
- 講師 国賀就一郎(Dr.)、木下俊克(Dr.)、西林滋(Dr.)、小川晴也(Dr.)、増田長次郎(DT)
サポートスタッフ 藤原康則(Dr.)、藤田幸彦(Dr.)、藤田亨(Dr.) および各支部インストラクター・認定医
- 受講資格 筒井塾咬合療法コース受講済み歯科医師
- 定員・受講料 ①正規受講生 20名(先着順にて締め切りになります) 12万円
②オブザーバー(過去フォローアップコース受講者のみ) 3万円
※スタディグループ筒井塾(咬合療法研究会およびJACD)の会員は受講料5%引きです。
(オブザーバーは含みません)
- 持参品 お申し込み後、個別に連絡いたします。

【主な講義内容】

咬合療法総論(咬合基本治療と態癖・スプリント療法について)
咬合療法における診査診断・下顎位
咬合療法における矯正治療
顎関節症と咬合再構成
咀嚼運動からとらえた機能的咬合面形態
リシェイピングについて

【実習内容】

プロビジョナルレストレーション作製(大白歯部支台歯形成チェック)
模型のハンドリング デモ
下顎位の取り方(リラックスポジション、タッピング)
スタビライゼーションスプリント・改良アムステルダムスプリント調整の相互実習
ASBP作製デモンストレーション、側方ガイドスプリント解説

第12回 咬合療法フォローアップコース(2025年) 受講申込書

ご希望に○をつけてください。

正規受講生 ・ オブザーバー (第 回受講)

フリガナ

ご氏名：

医院名：

筒井塾受講歴： 咬合療法コース (年受講)

スタディグループ筒井塾会員No.

ご住所：〒

(自宅・勤務先)

TEL：

FAX：

e-mail：

勤務先または開業先にご連絡を希望される方は、技工所・医院名もご記入ください。

振込先：三菱UFJ銀行 江戸川橋支店 普通口座 0164530 咬合療法FUC 代表 西林滋

注) お振込の際には、歯科医院名とお名前を入れてください(医療法人名が長い場合は、省略をお願い致します)。

お問い合わせ
申込書送付先

咬合療法研究会事務局

〒112-0014 東京都文京区関口1-45-15-1-104
TEL: 03-6826-8099 FAX: 03-3269-8372 email jimu@22i.gr.jp