

ヒアルロン酸注入マンツーマン実践セミナーのご案内(全3回)

13年間約40000例の経験から導いた、ヒアルロン酸注入テクニックの中から絶対に押さえておきたい応用テクニックを学べ、注入の実際とノウハウを伝授致します。顎・頬・鼻を中心にヒアルロン酸注入療法の可能性を探りながら、当院オリジナルのマルチレイヤーテクニックを、モニター注入実践のマンツーマン指導の元に学んで頂きます。

※先生方へのお願い:モニターには、別紙の内容をご説明していただき、必ずご理解いただくようお願い申し上げます。

応用コース	<1回目> ~綺麗なフェイスライン注入と顎リフト注入~
日時	2018年 3月25日(日) 13:00 ~17:00 【お申込締切 : 3月16日(金)】
内容	下顎周りのシャープ感や若々しさや知的な印象を与えます。とんがった顎を造るのは比較的簡単ですが、100人100様の顔に合わせ満足いく形を造るのはテクニックが必要です。自由自在に顎を立体的に造形するテクニックを伝授します。同時に下顎下縁の注入で綺麗な顎と一体感のある自然なフェイスラインを造るテクニックを学びましょう。

応用コース	<2回目> ~頬のこけを若々しい頬に!・外側頬脂肪コンパートへの注入~
日時	2018年 5月20日(日) 13:00 ~17:00 【お申込締切 : 4月20日(金)】
内容	頬のこけ感は著しく老けて見えることがあります。いかに綺麗で自然な若々しい頬ラインを立体的に造るかを学んでいただきます。注入する層が大切であり、入れ方と針の向きなど、細かいアドバイスを致します。

応用コース	<3回目> ~美しい鼻を造る・眉間の形からつながる鼻への注入~
日時	2018年 7月8日(日) 13:00 ~17:00 【お申込締切 : 6月8日(金)】
内容	鼻は顔の中心でその人のイメージをつくる大切な部位です。お客様のニーズをとらえて、理想の形を造るテクニックとその限界を学びます。また、顔全体とのバランスが大切であり、額から鼻へのラインと鼻から目尻へのラインをどのように考えるか、学んでいただきます。

場所 : 光伸メディカルクリニック 〒169-0074 新宿区北新宿 2-21-1 新宿フロントタワー3F

定員 : 各コース7名(先着順)

条件 : 医師に限る(歯科医師は除く) / モニター同伴必須

参加費 : 3回コース 210,000円(税込) / 単回コース 80,000円(税込)

講師 : 中村 光伸 先生(光伸メディカルクリニック院長)

北里大学医学部卒 ドイツ・フンボルト大学留学

医学博士、日本抗加齢学会認定医、日本美容皮膚科学会会員

過去マーベラスビューティージャパン(株)をはじめとし、ヒアルロン酸に関する講演の実績多数有。



【セミナー運営・お問合わせ先】

光伸メディカルクリニック事務局 担当:小牧

koshin_aion_seminar@kmcl.jp TEL: 03-5937-3756 FAX: 03-5937-3757

参加申込書

FAX:03-5937-3757

■お申込み方法

お申込日 年 月 日

- *ご希望のコースに○印をご記入になり。み記入欄に必要事項をご記入の上、本ページを上記番号にFAXして下さい。また、弊院メールアドレス(koshin_aion_seminar@kmcl.jp)にてお申込み頂くことも可能です。
- *お申込み頂いてから、3日以内に弊院からお申込み確認のご連絡をメールにてさせていただきます。
- *お申込み確認の連絡日を含め 7 日以内にセミナー参加費のご入金をお願い致します。ご入金の確認をもってお申込完了と致します。期限内にお振込みが確認できない場合にはキャンセルとなりますのでご了承下さいませ。
- *お申込みは先着順のため、定員になり次第締め切らせて頂きます。
- *セミナー7 日前以降のキャンセルに関しましては、受講料のご返金は致しませんのでご了承下さい。また、キャンセルをされる場合は必ずご連絡いただけますようお願い致します。

○印	セミナー名	日程	お申込締切	参加費
	3 回全て	3 月 25 日(日) 5 月 20 日(日) 7 月 22 日(日)	3 月 16 日(金)	210,000 円
	1 回目	3 月 25 日(日)	3 月 16 日(金)	80,000 円
	2 回目	5 月 20 日(日)	4 月 20 日(金)	80,000 円
	3 回目	7 月 8 日(日)	6 月 8 日(金)	80,000 円

■お申込み記入欄 ※必須

※価格は税込です。

(フリガナ) ご氏名 ※必須				
(フリガナ) ご施設名 ※必須				
ご連絡先 ※必須	ご住所	〒		
	TEL		FAX	
	E-mail			
お振込名義	<input type="checkbox"/> ご施設名と同じ <input type="checkbox"/> ご施設名と異なる ()			
領収書の宛名	<input type="checkbox"/> ご参加者名 <input type="checkbox"/> クリニック名 <input type="checkbox"/> お振込口座名と同じ			

■振込先

- *セミナー参加費は、下記口座にお振り込みください。振り込み手数料のご負担をお願い申し上げます。
- *上記に記載してありますお振込期限日までにお振込みください。お振込期限日までに、お振込みが無い場合は、キャンセルされたらとみなされる場合がございます。何卒ご了承の程宜しくお願い致します。

振込銀行： 三菱東京 UFJ 銀行 新宿中央支店(469)
口座番号： 普通預金 6106277
口座名義： ｲﾝﾖｳﾎｳｼﾞﾝ ﾈｲｼﾞｮｳｶｲ

お申込み頂いた先生には別途開催場所等を記載の受講票を送らせて頂きますので当日受講票をお持ち下さい。