

## ヒアルロン酸注入マンツーマン実践セミナーのご案内

15年間約40,000症例の経験をもとに、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ポイントを学んでいただきます。モニター様をご同伴いただき(※)、マンツーマン指導のもと、実技を行うことによって、弊院オリジナルのマルチレイヤーテクニックを学ぶことができる実践的なセミナーです。モニター様をご同伴できない場合、実技は出来ませんが、講義で知識をより深め実技をご見学頂くことも可能です。

単回でのお申し込みも可能ですが、3回以上受講される場合は1回あたり10%OFFになります。

※実技をされる先生方へのお願い：モニター様には別紙の内容を説明していただき、必ずご理解いただくようお願い申し上げます。

コース名	<第1回> ～目周りを明るく！凹んだ上眼瞼を治し、目尻の凹みを若々しく～
日時	2018年 9月2日(日) 13:00～17:00
内容	量のコントロールが難しい目尻の凹みへの注入方法と上眼瞼の針入点の奥義を学べます。

コース名	<第2回>～若々しく張りのあるつややかな唇に！～
日時	2018年 11月4日(日) 13:00～17:00 【応募締切 10月21日(日)】
内容	上下唇のバランスとボリュームを出すための注入方法と口角の上げ方を学べます。

コース名	<第3回>～凹んだこめかみを美しいラインに！～
日時	2019年 1月20日(日) 13:00～17:00 【応募締切 1月6日(日)】
内容	額から自然に繋がるこめかみへの注入方法を学べます。

コース名	<第4回>～気になる、ゴルゴ線を自然に無くす！～
日時	2019年 3月10日(日) 13:00～17:00 【応募締切 2月24日(日)】
内容	求める結果に応じた複数の注入方法を学べます。

コース名	<第5回>～まずは、クマ退治！～
日時	2019年 5月12日(日) 13:00～17:00 【応募締切 4月28日(日)】
内容	解消が難しいクマの原因を分類し、最良の注入方法を学べます。

コース名	<第6回>～小顔を際立たせる、フェイスラインとアゴリフト～
日時	2019年 7月7日(日) 13:00～17:00 【応募締切 6月23日(日)】
内容	自然で若々しい顎と下顎角につながる美しいライン作りを学べます。

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：5～7名(先着順)

条件：医師に限る(歯科医師は除く)

参加費：80,000円(税込) / 回 3回以上受講した場合 72,000円(税込) / 回

講師：中村 光伸(光伸メディカルクリニック院長・医学博士)

連絡先：セミナー事務局 小牧 kmcl.seminar@kmcl.jp TEL: 03-5937-3756 FAX: 03-5937-3757

# 参加申込書

FAX:03-5937-3757

お申込日 年 月 日

## ■お申込み方法

- ・ 参加したいコースに○をお付け下さい。各コースの定員が埋まり次第締め切らせていただきます。
- ・ お申込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。
- ・ メールでのお申込をご希望される先生は、Word形式の参加申込書を送らせていただきますので、セミナー事務局までご連絡下さい（kmcl.seminar@kmcl.jp）。
- ・ お申込み頂いてから、3日以内に弊院から参加費及び振込先をメールにて連絡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させていただきます。
- ・ キャンセルをされる場合は、セミナー6日前までに必ずご連絡をお願い致します。セミナー5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。

参加希望	モニター有	モニター無	コース	日程	お申込締切
			第1回	2018年9月2日(日)	2018年8月26日(日)
			第2回	2018年11月4日(日)	2018年10月21日(日)
			第3回	2019年1月20日(日)	2019年1月6日(日)
			第4回	2019年3月10日(日)	2019年2月24日(日)
			第5回	2019年5月12日(日)	2019年4月28日(日)
			第6回	2019年7月7日(日)	2019年6月23日(日)

## ■お申込み記入欄 ※必須

(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 ※必要な方のみ	<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				

ご不明な点がございましたら、セミナー事務局 小牧宛(TEL: 03-5937-3756)にお問い合わせください。

以上