

歯科開業医必見!

何かあったら。ではなく、何かある前に!

# 明日の歯科現場に必ず役立つ 歯科法律プライムセミナー3回コース

## 歯科医院に起こりえる「歯科法律」トラブルの傾向と対策

実は …

医療訴訟全体の件数は年々減少しているのに、  
**歯科医療訴訟**は緩やかに**増加傾向**にあるのをご存知ですか?

歯科医院内における患者さんやスタッフとのトラブルは、なるべく早い段階で適切な方に相談できれば、問題解決への労力や歯科医院にもたらすマイナスの影響も少なくすみます。さらには、院内トラブルに対する事前予防の視点を持つことで、様々な負担を軽減することが可能になるのです。つまり、歯科医院のトラブルにおける法律に基づいた**事前準備**や**早期対応**は、人の健康に対する予防と全く同じなのです。

講師 弁護士・歯科医師 **小畑 真 先生**

H10 北海道大学歯学部 卒業  
H10 医療法人仁友会 日之出歯科真駒内診療所 勤務  
H19 北海道大学大学院歯学研究科博士課程 修了(歯学博士)  
H22 北海道大学法科大学院 修了(法務博士)  
H23 司法試験合格  
H24 弁護士登録(札幌弁護士会 米屋・林法律事務所)  
H26 小畑法律事務所 開所  
H28 弁護士法人 小畑法律事務所 設立  
・北海道医療大学 客員教授  
・北海道大学歯学部 非常勤講師  
・厚生労働科学研究 分担研究者  
・国際歯科学士会 (ICD) 日本部会 フェロー

小畑真先生は、1998年に北海道大学歯学部を卒業し、約15年の一般歯科臨床経験を持ちます。また、北海道大学法科大学院を卒業後、司法試験に合格し、歯科医師と弁護士のダブルライセンスをお持ちです。そして2012年以降、

**歯科医療の臨床を理解した日本唯一の歯科に特化した弁護士**

として、歯科現場トラブル予防にフォーカスした歯科医院のサポートを精力的に行なっています。

開催日 **2019年**

**2月 6日 水** 18:30 ~ 20:30

内容 → 総論・患者トラブル

**3月 6日 水** 18:30 ~ 20:30

内容 → スタッフトラブル

**4月 24日 水** 18:30 ~ 20:30

内容 → 広告 / テナント関係 / その他・まとめ

会場 **ヒューリックカンファレンス ROOM5 浅草橋駅より徒歩1分**

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 1-22-16 ヒューリック浅草橋ビル 3F

受講費 (税込)  
① 開業医 ----- 36,000円  
② 勤務医・スタッフ ----- 24,000円  
③ DLCスタンダードプラン会員 --- 24,000円  
④ DLCプレミアムプラン会員 ----- 無料

※受講費入金をもってお申込み完了となります。受講票等はございません。セミナー開催日に直接会場までお越しください。

本セミナーは3回に分けて、歯科医院で起こりえるトラブルの傾向と対策、事前予防策を、実際に起きた具体的な事例を取り上げながら分かりやすくお話しいただきます。また、各回にディスカッション時間を十分に設けていますので、受講者様自身が感じている歯科医院内トラブルや疑問・質問に対して、法的観点から直接解説していただけます。

**本セミナーは特に開業医様にとっては必見です!**  
皆様のご参加をお待ちしております。

- 申込み方法及び注意事項
- お申込はWEBサイト、もしくはFAXよりお願いいたします。
  - 折り返しお振込先等をメールにてご案内しますので、期日までに受講料の入金をお願いします。また、ご入金後の返金には応じかねますので予めご了承下さい。  
尚、お振込みする際の手数料はお客様ご負担にてお願いいたします。
  - 受講料の入金をもって正式なお申込みとなります。
  - ご記入いただいた個人情報は、諸法令に準拠した指針に基づき適切に取扱います。
  - 記載内容は一部変更される場合がございます。

主催 / お問合せ 歯科セミナードットコム事務局 (株式会社歯医キング内)  
〒273-0865 千葉県船橋市夏見 6-19-11  
TEL 047-409-3090  
EMAIL admin\_39@d-seminar.com

WEB 又は FAX にてお申込みください

スマホからもお申込み OK! WEB 申込みならクレジットカード決済可

歯科セミナードットコム   
<https://d-seminar.com>

FAX : 047-413-0493

お申込み日 西暦 年 月 日

ご氏名	フリガナ	受講費欄より <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
貴医院名		
医院ご住所	〒 都道府県	
TEL	FAX	
E-MAIL	@	

同一医院同伴者ご氏名	
フリガナ	受講費欄より <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
ご氏名	
フリガナ	受講費欄より <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
ご氏名	

※メールにて振込先等をご連絡しますので、必ず受信可能なE-MAILアドレスを明記してください。また、お間違いの無いようお願いいたします。