

会場

(株) ヨシダ 京都営業所  
京都市南区吉祥院観音堂南町 5-2  
TEL:075-693-8760

# ヨシダ決算個別商談会

4/10<sub>土</sub> - 5/9<sub>日</sub>  
09:00-17:00



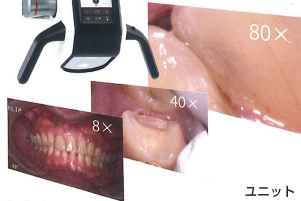
## デジタルマイクروسコープ ネクストビジョン

口腔内カメラと顕微鏡の機能を  
兼ね備えた新たなマイクروسコープのかたち

一般名称:可搬型手術用顕微鏡/歯科用口腔内カメラ/手術用顕微鏡  
届出番号:13B1X00133000079(一般 特管 設置) ※施設基準の届出が必要です。



商品詳細はこちら



## ユニット ノバセリオ G

ユニットマウントタイプの登場で、ネクストビジョンの  
設置スペースを気にせず導入が可能に

一般名称:歯科用ユニット  
認証番号:227ABBZ00073000(管理 特管 設置)

## 炭酸ガスレーザー オペレーター PRO プラス

集光性能をさらに追求、  
患者さんに優しい治療を提供

一般名称:炭酸ガスレーザー  
承認番号:21600BZ00246000(高度 特管 設置)  
※オペレーターPROプラスの販売名は、オペレーター28です。

## ユニット エクシード Cs プレミアム

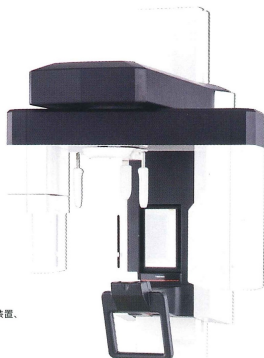
新型LED无影灯や液晶タッチパネルを搭載し、  
スムーズな診療をサポート

一般名称:歯科用ユニット  
認証番号:228AKBZ000083000(管理 特管 設置)

## 3Dレントゲン パノラ A1

シンプルで直感的な操作性  
コンパクトな設置サイズ

一般名称:デジタル式歯科用パノラマ・前置撮影X線診断装置、  
アーム型X線CT診断装置  
承認番号:218ACBZ00010000(管理 特管 設置)  
パノラA1の販売名はパノラ18です。



## 光学スキャナー トロフィー 3DI ビヨンド

高速スキャン・高速リファイン・高画質を実現  
鮮明な画像、シェードマッチングにも対応

一般名称:デジタル印象採得装置/歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット  
承認番号:22900BZ00139000(管理 特管)  
トロフィー3DI ビヨンドの販売名はトロフィー スリーディアーイブです。



## 歯科用電動式ハンドピース プレジジョン E-Connect Pro

軸ブレがほとんどない構造で、  
安定した根管拡大形成が可能

一般名称:歯科用電動式ハンドピース/歯科用根管拡大装置  
認証番号:302AGBZ000095000(管理 特管)

NITIファイル  
DENTICRAFT  
**RE FILE**

特殊な熱処理加工による優れた柔軟性で、  
ファイル破折のリスクを軽減

一般名称:電動式歯科用ファイル  
認証番号:301ALBZ000015000(管理)

## 水酸化カルシウム系歯科根管充填材料 バイオシーシーラー

プレミックスペーストで  
操作時間を削減  
強アルカリ性でpH 11-13を維持し、  
抗菌性がある

一般名称:水酸化カルシウム系歯科根管充填材料  
承認番号:30200BZ00263000(高度)



## 薬用歯磨きジェル HaBon PG STOP

これ1本で  
・歯周病予防  
・むし歯予防  
・口臭予防

こんなに軽く  
コンパクト!



## サブソニックブラシシステム ユリイ

使いやすい角度のブラシチップ  
サブソニックによる洗浄効果  
一般名称:歯科用エアスケーラ  
認証番号:226AKBZ00111000(管理 特管)



## エアスケーラー ポピー

操作性がよいショートハンドルにより  
エアロゾルを抑えた処置が可能  
一般名称:歯科用エアスケーラ  
認証番号:231AKBZ000013000(管理 特管)



## エアスケーラー サリー

イヤな音も痛みも少ない  
快適なSRPを実現  
一般名称:歯科用エアスケーラ  
認証番号:21400BZ00149000(管理 特管)



## ボディピース プレミアム ハンドケアクリーム (40g 入)

## 音波式電動歯ブラシ HYDROSONIC PRO ハイドロソニック プロ

パワー センシティブ シングル  
あらゆる口腔環境への対応が可能な、  
クレーン®繊維・CURACURVE®搭載の  
3つのブラシヘッド。

## CURAPROX



FAX 075-693-8761

ヨシダ決算個別商談会 申込書

申込書にご記入の上、担当者までお渡しください。

●ご来場予定日時 ※ご希望に添えない場合もございますので、予めご了承ください。

2021年 月 日 時頃

●貴医院名 ●ご芳名

●ご住所

TEL. FAX.

●お取引歯科ディーラー様

有限会社 西京歯科商会  
TEL(075)314-5377  
FAX(075)314-5384  
担当者: