

講習会申し込み

※複数者申し込みの場合は1名1枚でお願い致します

ふりがな 氏名	()	
住所	〒	
所属		
職種	歯科医師	認定医資格の有無 (有/無)
	歯科衛生士	認定歯科衛生士資格の有無 (有/無)
連絡先	Tel (必須) :	
	Mail (必須) :	
懇親会 いずれかに○を してください	参加 ・ 不参加	

※FAXでの申し込みとさせていただきます
はっきりと鮮明にお書き下さいますようお願い致します

領収書をお渡し致しますので、領収書の宛名をご記入下さい
未記入の方は受講者名で出させていただきます

--

必要事項をご記入の上、令和元年6月30日(日)迄に下記連絡先まで
FAXにてお申し込み下さいますよう宜しくお願い申し上げます

なお、受講申し込み受理の確認連絡を
上記連絡先に1週間以内に必ずさせていただきます

連絡先

〒661-0981
兵庫県尼崎市猪名寺 2-10-14
医療法人 村内歯科医院内
担当 深澤映美 伊藤美咲
Tel:06(6494)2050 Fax:06(6494)2064
Mail:uribou@office.eonet.ne.jp