　歯周統合医療ビデオ申込書

⑴　2016年度版：15000円（税込）『2016年受講者：7000円（税込）』

「もはや歯周病は、簡単に治る病気だ」

⑵　2017年度版：25000円（税込）『2017年受講者：15000円（税込）』

「腸内環境を考慮した歯周統合医療とは」

⑶　2016年版＋2017年版：30000円（税込）1/20まで新春特価

**（ただし、2017年受講のみ　⑶**2016年版＋2017年版： **25000円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療機関名、参加者氏名、連絡先をご記入ください。** | | | |
| フリガナ |  | | |
| 医療機関名 |  | | |
| 参加者氏名  （医師・歯科医師） | 〒 | | |
| 医療機関住所 |  | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| **ビデオはメールにて、お送りいたしますのでメールアドレスをご記入ください。**  **メールアドレスをお持ちでない場合はFAX番号をご記入ください。** | | | |
| メールアドレス |  | | |
| FAX番号 |  | | |

参加費

**⑴を、　　個、申し込みます。 ⑵を、　　個、申し込みます。**

**⑶を、　　個、申し込みます。　　　　合計金額　　　　　　円**

**みずほ銀行　鶴見駅前支店　（普）1556041　イシカワ　ヨシカズ**

* ご入金確認のため、必ず医療機関名または申込者の氏名にてお振込みください。
* 込手数料はご負担願います。

ご入金後のキャンセルはご容赦ください。やむを得ない事情によりお申込みをキャンセルされる場合は、事前にご

振連絡をお願いいたします。

　 医療法人　愛和会　桜川歯科医院　　　　　〒030-0945　青森県青森市桜川3丁目14-17

**FAX送信先　017-743-6882**

**メールアドレス　dent-ycm@actv.ne.jp**