

歯周統合医療ビデオ申込書

(1) 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」

(2) 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」

(3) 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 (3)2016年版+2017年版：25000円）

(1)を、___個、申し込みます。 (2)を、___個、申し込みます。

(3)を、___個、申し込みます。 合計金額_____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			

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