**Aesthetic prosthetic Seminar 2018 in Tokyo**

**Aesthetic prosthetic Seminar 2018 in Tokyo**

**2018東京審美補綴学セミナー**

**保険治療をしてきた歯医者さんが、**

**自費治療を導入し短期間で増収する方法**

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 |  |
| フリガナ  参加者氏名 |  |
| 医療機関住所 | 〒 |
| 電話/Fax番号 | 電話　　　　　(　　　　　)　　　　　　　　/Fax ( ) |
| Mail address | @ |

**お申込み**

WEDまたはFAXにて必要事項をご記入の上お申込みください。

**参加費お振込み**

下記、お振込み先機関に参加費をお振込みください。

**お申込み完了**

ご入金確認後、お申込みを確認しお席を確保いたします。

※受講票は開催間近にメールにて送信予定です。

参加費 歯科医師：54,000円　スタッフ:32,400円（早期申込４/30まで歯科医師:43,200円、

スタッフ:21,600円）

特典：当日のお弁当、ワンドリンク、２症例の症例相談（後日、電話、メールにて）

お振込み期間 2018年5月20日

お振込み先機関 **みずほ銀行　鶴見駅前支店　（普）1556041　イシカワ　ヨシカズ**

* 振込手数料はご負担願います。
* 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。
* 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、事前にご連絡をお願いいたします。
* 参加者のご入金確認後、お申込みを確定しお席を確保いたします。
* 多数のお申込みが予想されますので早めのご入金をお待ちしております。

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**