

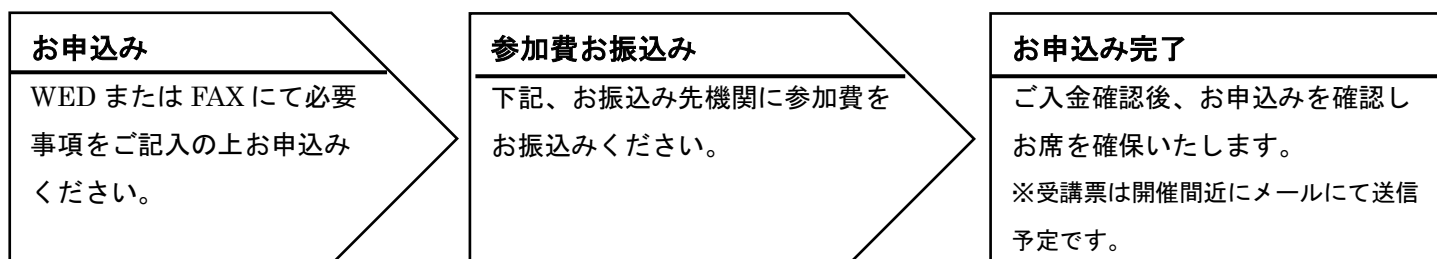
Aesthetic prosthetic Seminar 2018 in Tokyo

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	@



参加費

歯科医師：54,000円 スタッフ:32,400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11月21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