

集患・自費向上セミナー


受講申込書

本シート印刷・ご記入の上、 **FAX:03-6903-2612** にご送信ください。

歯科医院名	
参加院長名	
ご連絡電話番号	
住所	
歯科商店名	

受付後、担当者よりご連絡差し上げます。

東京 東京駅前 **最寄会場** (詳細は参加者に伝えます)
2018. **5.13** 日 **13:00~17:00** [受付時間:12:30~]

 **OPTech** 株式会社 オプテック
Open Technology TEL: 03-4570-4181