

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。

開催内容：

日時 2018年12月2日(日) 13:00~17:00 (受付12:30~)
会場 JR東京駅前 (中央区京橋1-10-7 KPP八重洲ビル)
参加費 20,000円 (税込) (会場受付にて集金します)
参加条件 院長先生 (歯科医師) + スタッフ同伴1名