

メールでお申し込み下さい info-ta-shiro@frontier-d.co.jp

## マット・ヤング歯学博士による講演会 申込書

●下記内容をご確認頂き、メールアドレスをご記入のうえ、メール添付にてご返信下さい。

医院名 御名前			
住所 電話番号	TEL ( )		
メールアドレス	※記入必須		
※ 以下、お申込み頂いた内容を反映させております。			
参加者氏名	本講座	<input type="checkbox"/>	30,000 円
	特別プログラム	<input type="checkbox"/>	20,000 円
	懇親会	<input type="checkbox"/>	8,000 円
資格	Dr. ・ DH ・ その他	合計金額	円
参加者氏名	本講座	<input type="checkbox"/>	30,000 円
	特別プログラム	<input type="checkbox"/>	20,000 円
	懇親会	<input type="checkbox"/>	8,000 円
資格	Dr. ・ DH ・ その他	合計金額	円
参加者氏名	本講座	<input type="checkbox"/>	30,000 円
	特別プログラム	<input type="checkbox"/>	20,000 円
	懇親会	<input type="checkbox"/>	8,000 円
資格	Dr. ・ DH ・ その他	合計金額	円
総合計金額			円

※個人情報 は当講習会 のみに使用し、第三者に開示することはありません。

※1 上記内容を踏まえ下記の①②を○で囲み、メール添付にてご返信下さい。

① 上記内容に間違いが ・ありません ・あります

② 領収書発行を希望 ・する ・しない (領収書は当日会場にてお渡しします。)

※2 受講費入金口座 北陸銀行 五稜郭支店 普通預金 6041400 口座名 株式会社 sunrise A  
(振込手数料はご負担をお願い致します。) 受講票は 6 月 20 日までに、お送りいたします。

※3 入金確認後、受講票を下記メールにて送信させていただきます。

お申込み・お問合せ先 株式会社フロンティアデンタル  
〒111-0032 東京都台東区浅草5丁目8番3号  
☎ : 03-6240-6158 返送メール先 e-mail: info-ta-shiro@frontier-d.co.jp