

参加申込書

下記申込書にご記入の上、FAX またはメールにてお申し込みください。お申し込み後、下記口座に受講料全額のご入金をお願いいたします。なお、ご入金をもって正式なお申し込みとさせていただきます。振込用紙を領収書とさせていただきます。

※ 振り込み手数料は各自ご負担願います。尚、申込金の返金をご容赦願います。

※ 分割ご希望の場合は申込金 10 万円をお振込の上、毎回の受講料 3 万円をセミナー時に現金でお支払いいただきます。

※ 一括納入ご希望の場合は申込金と受講料を合わせて 40 万円をお振り込みください。

— お振込先 —

西京銀行 下関支店 店番 001 普通預金 2043100

株式会社 stella 代表取締役 山崎直子

〈お申込先 FAX : 083-234-1181 E-Mail : yamasaki-dc@mx51.tiki.ne.jp〉

セミナー参加申込書			
お名前		ローマ字名	
医院名			
医院住所 〒			
医院電話番号		FAX 番号	
携帯番号			
E-mail			
ご出身校		大学	昭和・平成・令和 年卒
ご紹介者			
受講費納入方法（丸で囲んでください）		一括納入 ・ 分割納入	

ご提供いただいた情報は、目的以外の用途に使用いたしません。また漏洩の無いように取り扱いに厳重に注意いたします。

※ご連絡はメールで行いますので E-Mail アドレスは、はっきりと記入してください。

お問い合わせ先

山崎歯科クリニック 山崎 章弘 TEL 083-228-1182 携帯 090-9465-8184 FAX 083-234-1181

E-mail: yamasaki-dc@mx51.tiki.ne.jp