

○ お申込み方法

FAXからの申し込み

以下にお客様情報を記入の上、運営事務局まで
FAXをご送信ください。(03-5452-4488)



WEBからの申し込み

ウェブサイトアクセスし、
「参加申し込み」からお申し込みください。



Q www.earth-mondahmin-seminar.com

○ 申込者情報

※は必須項目です。

| | | | |
|-------------|--|------|---|
| ご参加者お名前※ | | 職 種※ | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 |
| お支払い名義(カナ)※ | | | |
| メールアドレス※ | | | |
| 携帯電話番号 | | | |

○ お勤め先情報

| | | | |
|--------|-----|------|--|
| 歯科医院名※ | | | |
| 電話番号※ | | FAX※ | |
| 住所※ | 〒 ー | | |

○ 同時申込者情報

※複数人でのお申込は同じ勤務先の方のみとさせていただきます。

※お支払いに関するご案内や参加証の送付は代表者さまへメールにてご連絡いたします。

| ご参加者お名前 | 職 種 | ご参加者お名前 | 職 種 |
|---------|---|---------|---|
| | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 |
| | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 |
| | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 |
| | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 |

FAX送信先  **03-5452-4488**

お問い合わせ先

第2回 アース・モンダミンセミナー 運営事務局 (受付時間: 平日10:00~17:00受付)
 TEL: 0800-8008082 FAX: 03-5452-4488
 セミナーサイト: www.earth-mondahmin-seminar.com