

PRGF- Endoret セミナー参加申込書

PRGF-Endoret 日本協会 宛		
月 日 のセミナーに参加いたします		
ご参加予定コース	マスターコース	
しかいししめい 歯科医師氏名	年齢	
英文 NAME		
ふりがな 同時参加スタッフ氏名	(衛生士・助手・技工士)	
スタッフ英文 NAME		
ふりがな 診療所名		
連絡先住所(自宅・診療所)〒		
TEL ()	FAX ()	
E-mail		
携帯(緊急の連絡先)		
通信欄		

お振込先:三菱東京UFJ銀行 神保町支店 普通 2558048 PRGF System日本協会
 研修費用: マスターコース 医師 48,000円 衛生士又は助手は16,000円/人

FAX送付先 03-5875-1988

<p>アンケート (下記のご質問にお答えいただくと幸いです)</p> <p>1. 今回のセミナーはどこでお知りになりましたか? 【お友達・インターネット・()の講習会・雑誌・DM】</p> <p>2. ご紹介者はいらっしゃいますか? 【はい・いいえ】 【ご紹介者氏名】</p> <p>3. 採血の経験はありますか? 【いつもしている・やったことがある・まったく無い】</p>

振込票添付欄 (または振込み予定日をご記入願います)