

※ゴム印、横判のご使用はお控えください。

2020かわべ式姿勢咬合セミナー福岡コースお申込み用紙

参加希望回 参加希望回を○で囲んでください	全3回 ・ 第1回 ・ 第2回 ・ 第3回			
フリガナ				
医院名 法人名も略さず記載してください				
TEL	—	—	FAX	—
ご住所	〒			
E-mail				
お申込者名	ローマ字	職種		
	漢字 (初受講・再受講)			
	ローマ字	職種		
	漢字 (初受講・再受講)			
	ローマ字	職種		
	漢字 (初受講・再受講)			
	ローマ字	職種		
漢字 (初受講・再受講)				
同時受講歯科医師名 または 所属先医院の姿勢咬合会員医師名				
希望連絡方法 FAX ・ メール (ご希望の方法どちらかに○をお付け下さい。)				

※書ききれない場合は、別紙にてお知らせください。

受講料は銀行振込希望

(初受講の先生でご受講料銀行振込をご希望の場合は□にチェックをいれてください。)

お申込・お問合先

かわべセミナーズ事務局

東京都港区新橋2-10-5末吉ビル6階

TEL:03-6550-8323 FAX:03-6273-3679

E-mail:kawabeseminar@gmail.com

URL:<http://www.kawabe-seminars.jp>

歯科医師の方の全3回ご受講後は姿勢咬合会員登録いたします。様々な特典がございます。

お申込みは  こちらへ
FAX: 03-6273-3679