

令和4年 西村式顎関節症勉強会参加申込書

勉強会に参加申し込みいたします

代表氏名

医院名

資料送り先住所 (〒 —)

都 道
府 県

当日連絡のつく電話番号

— —

zoomの招待状を送るメールアドレス

@

全てご記入ください

FAX 回報先 西村歯科 072-239-1418

(※LINE 会員の方はLINE で参加表明も可能です)

費用は参加申込から1週間以内にお振込みお願い致します。

参加費 1 医院 50,000 円 (全諸費用含む)

お問い合わせは

西村歯科 〒599-8241 大阪府堺市中区福田 868-1

電話 072-239-1518 E-mail: ikuo@nishimura-shika.com

担当、西川、山下