

「子どもの咬合を考える会」第12回特別講演会

2008年4月27日(日)

◇◇◇FAX 申し込み用紙◇◇◇

歯科医院名(勤務先)

(ふりがな)

ご氏名

歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ 歯科助手 ・ 技工士 ・ その他 ()

(ふりがな)

ご住所(自宅・勤務先) 〒

電話番号

FAX番号

Eメール

URL http://

専門科目

一般歯科 ・ 小児歯科 ・ 矯正歯科 ・ その他 ()

* ご質問等があれば下欄にお書き下さい。

* このページをプリントアウトして頂き、1名につき1枚FAX送信して下さい。

複数でお申し込みの場合は、お手数ですがコピーしてご使用下さい。

* FAX申し込み先 子どもの咬合を考える会事務局
〒603-8054 京都市北区上賀茂桜井町105
森田ビル2F 小佐々歯科診療所内

・・・FAX番号・・・

075-705-2255