

0BFセミナー申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(申し込み先)

株式会社0BF

〒578-0963 大阪府東大阪市新庄2-8-13

TEL 06-6744-4114 担当：石橋

下記の必要事項を記入して、左記申し込み先まで

FAX 06-6744-6802

FAXまたはお電話でお申し込みください。

※ご参加いただく方の情報をご記入ください。

参加者1	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒 _____ 都道府県 _____	
	連絡先	携帯番号	
Eメール			
参加者2	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒 _____ 都道府県 _____	
	連絡先	携帯番号	
Eメール			
参加者3	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒 _____ 都道府県 _____	
	連絡先	携帯番号	
Eメール			

■デンタルバルーン認定3級・口腔育成セミナー開催のご案内■

【日程】2018年11月11日（日曜日）

【時間】10：00～13：00（9：30～受付開始）

【場所】東大阪市岩田町4-3-22 東大阪市東歯科医師会

【費用】5,000円/人（税別）※学生さんのご参加は無料です

申し込み FAX⇒ 06-6744-6802 締切 11月9日(金)

※定員になりしだい、申込みを締め切らせていただきます。

※番号にお間違えのないようご注意ください。