

# 申込書

○Zインプラント臨床研究会のセミナー受講を申し込みます。

申し込みセミナー日程： 平成 年 月 日

フリガナ お名前		フリガナ ご診療所名	
ご住所			
TEL		FAX	
E-mail		URL	
ご出身校		ご卒業年度	

修了証書を発行致しますので、お名前のフリガナは必ずご記入下さい。

0

## ◆お申込み方法◆

○Zインプラント臨床研究会 代表 塩路昌吾宛に上記申込書を FAX 送信いただき、お申込みをご確認させていただいてから、参加費を下記の振込先にお振込み下さい。

TEL03-3710-7088 FAX03-3710-7071

## ◆お振込み先◆

東京都渋谷区恵比寿南 1-2-10 ユニオンビル 3F ユニオン歯科医院内  
西武信用金庫 恵比寿支店 <店番 103 口座番号 2143570>

※お振り込みについては、お申込みをご確認させていただいてからお願い致します。