

お申込み、お問合せはこちらの下記内容をご記入の上、
お申込みください。

FAX : 044-722-7892

お申し込みにつきましては振込の確認をもって正式なお申込となります。
こちらから請求書を発送致します。

申込み ・ 内容の問合せ 希望(いずれかに○)

内容:(MFT出張セミナー ・MFT出張レッスン)について(該当に○)
出張希望日:

※こちらから派遣する講師の日程を確認してご連絡させていただきます。
状況によっては日・火・水・木・金曜日でも希望に添えない場合がございます。
予めご了承ください。また祝日は、ご相談ください。

医院名:

氏名:

連絡先住所: 〒

TEL:

FAX:

E-mail:

問合せ内容:

上記連絡先(当塾からの連絡)は(勤務先・自宅)である(該当に○)
連絡は(TEL・FAX・E-mail)を希望(該当に○)

〒211-0063

神奈川県川崎市中原区小杉町1-526-6

コスモ武蔵小杉204号

TEL:044-722-7787 FAX:044-722-7892

さいとう歯^し動^{どう}塾^{じゅく}