

お申込み、お問合せはこちらの下記内容をご記入ください。HPからもお申込みできます。 FAX : 044-722-7892

お申込み後にこちらから請求書を作成し、郵送致します。振込み期日までにお振込みいただき、正式に申込みを確定致します。

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出張アドバンス・MFT Zoom相談)について

MFT出張セミナー希望日 : 1回目 / () 2回目 / ()

MFT出張アドバンス希望日: 第1希望 / () 第2希望 / ()

Zoom希望日 : 第1希望 / () 第2希望 / ()

※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。

医院名: _____

氏名: _____

連絡先住所: 〒

TEL : _____ FAX : _____

E-mail: _____

問合せ内容詳細 (受講希望人数、受講時間、上記以外の出張希望日等をお知らせください):

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}