

通年制矯正医レジデント FAX 申込用紙

ふりがな _____

氏 名 _____

昭和・平成_____年 _____大学卒業

勤務の場合 医院名 _____

連絡先住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

E-mail _____

上記連絡先は（勤務先・自宅）である(該当に○)。

当塾からの連絡には(TEL・FAX・E-mail)を希望します(該当に○)。

FAX 先 044-722-7892

さいとう歯動塾 塾長 斎藤 茂

〒211-0063 川崎市中原区小杉町 1-526-6 コスモ武蔵小杉 204

Tel :044-722-7787 E-mail : saitoshidojuku@kvd.biglobe.ne.jp