



第6回 TOUCH 口腔装置作成実習セミナー  
FAX 参加申込書

FAX機の「読み取り面」と「記載面（この面）」  
を確実に合わせてFAXしてください。

申込日	平成30/31年		月	日
フリガナ				ご職種
ご芳名				歯科医師
<b>ご連絡先</b>  参加票の送付やご連絡の場合、ご希望される連絡先を○でお困みください。  ○勤務先 ・ ○ご自宅	勤務先 〒	-		
	勤務先施設名			
	電話 ( )	-	FAX ( )	
	ご自宅 〒	-		
	電話 ( )	-	FAX ( )	
アドレス @  <small>- (ハイフン) や _ (アンダースコア) をご使用の方は下記番号もあわせてご記入下さい          ① - (ハイフン) ② _ (アンダースコア) ③ 0 (数字) ④ 1 (数字) ⑤ l (小文字のL) ⑥ o (アルファベット小文字のO)          ⑦ O (アルファベット大文字のO) 例. ⑦ ②③ ④ ①⑤ ⑥⑥ ⑥          0da_0315-lucky@yahoo.co.jp</small>				
参加費 お振込み予定日	月	日	お振込み 金融機関	銀行 支店
ご本人以外の方が振込手続きされる場合	フリガナ			
	お振込みされる方のお名前			
	ご連絡先	ご住所		
	電話		FAX	

申込先

**FAX. 072-741-0448**

TOUCH事務局 〒563-0017 大阪府池田市伏尾台5-8-3

http://www.touch-sss.net/ TEL 072-741-0422 Mail: touch\_care@leto.eonet.ne.jp

申込書にご記入いただいた情報は、適切に保護管理し、漏洩などの防止に努めております。お申込み者の同意なく第三者への開示・提供は致しません。当法人からのセミナーのご案内等に利用させていただく場合がございます