

経営相談コーナー

税理士法人イースリーパートナーズ 税理士 森 照雄 氏

税金・開業・継承など歯科医院の経営に関するあらゆるご相談承ります。

税理士法人イースリーパートナーズ
072-686-5131/mori@e3-partners.com

大阪事務所:大阪市北区南森町1-3-29-3F(南森町駅)
高槻事務所:高槻市高槻町14-13-4F(高槻駅)
京都事務所:京都市下京区大政所町680-1-4F(四条駅)



ご開業・分院展開移転相談コーナー

株式会社K&M

物件のご紹介からデザイン・施工にいたるまで、ぜひお気軽にご相談ください。



お申込み方法
セミナーID
810

1 FAXにてお申込みください。



2 10営業日以内にFAXまたはメールにて「お申込み確認書」を送付いたします。



3 確認書到着後1週間以内に受講料をお振込みください。ご入金をもちまして正式お申込みとさせていただきます。



※各金融機関発行の申込み細票が正規領収書としてご利用いただけますので、こちらを領収書とさせていただきます。
※キャンセルポリシー ご入金後のキャンセルにつきましては、開催日より7営業日(土・日・祝除く)前の17時までにお電話にてご連絡ください。これ以降のキャンセルにつきましては、100%をキャンセル料として申し受けます。なお、別開催日への変更はいたしかねます。何卒ご了承ください。詳しくはお申込み後、詳細案内をお送りいたしますのでそちらをご覧ください。

参加申込書 SASAKI・KaVo経営セミナー FAX 03-6866-7481

| | | | | | |
|----------|------|---|-------|---|--|
| お名前 | ふりがな | 生年月日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 () <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> ご開業 <input type="checkbox"/> ご勤務 <input type="checkbox"/> その他() |
| ご勤務先 | ふりがな | ご勤務先へのご連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 以下※欄にご記入ください | | | |
| ご勤務先ご住所 | 〒 | TEL _____ FAX _____ | | | |
| ※ご連絡先ご住所 | 〒 | TEL _____ FAX _____ | | | |
| E-mail | | | | | |

※記載された個人情報を含む情報を、弊社よりの“各種セミナーの案内”“各種製品情報の提供”“ご案内”などの送信、送付データとして使用させていただく場合があります。



ササキ株式会社

支店 担当 _____

お申込み・お問合せ先

カボ デンタル システムズ ジャパン 株式会社

〒140-0001 東京都品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー 15F
受付担当: 営業サービス推進(セミナー受付担当)

TEL : 大阪 06-7711-0450
http://www.kavo.jp