

12月10日(土) 第三回高知口腔ケアフォーラム

参加申込書

* 2011年12月8日(木)まで

ティーアンドケー株式会社 行

FAX:03-5640-0232

御施設名			所属		
住所	(〒 -)				
	TEL			FAX	

出席者		出席者	
ふりがな	職種	ふりがな	職種
御氏名		御氏名	
ふりがな	職種	ふりがな	職種
御氏名		御氏名	

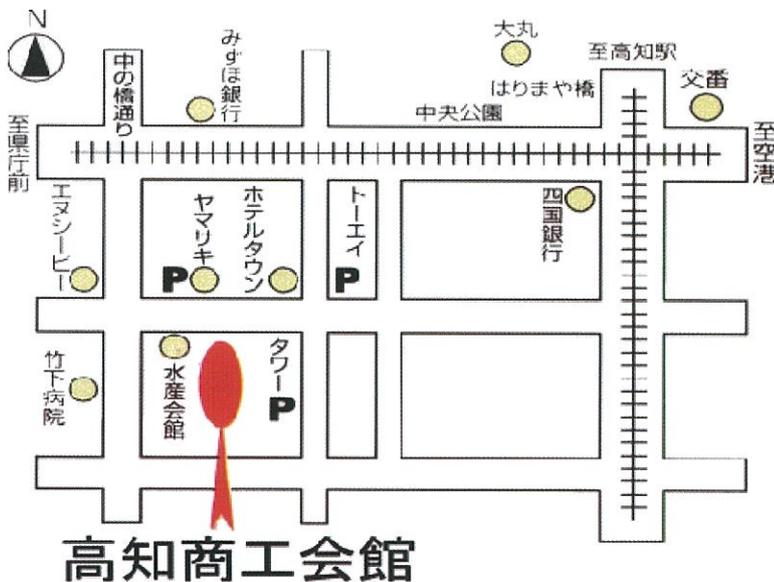
申し込み受付完了のご連絡先	
FAX:	
ご担当者	
部署:	御氏名:

* 4名以上のご参加の場合には、
コピーしてお使いいただきますよう
お願いいたします。

会場：高知商工会館

〒780-8666 高知市本町1丁目6-24 Tel: 088-875-1171

- JR高知駅より徒歩15分
- 土佐電鉄：はりまや橋電停より徒歩7分
- 土佐電鉄：堀詰電停より徒歩4分



返信欄

申込
人数

受付日

お申込みありがとうございます。

上記のとおり受理いたしました。

当日は申し訳ございませんが駐車場を御用意しておりませんのでご了承ください。
ご記入頂きました個人情報は当セミナーの出欠の有無・セミナー報告書のみにご利用いたします。
個人情報の取り扱いは弊社個人情報保護方針に則り厳重に管理いたします。