

歯科処神崎 主宰
歯科医院経営戦略講習会
申込書

氏名： _____ 印

勤務先： _____

住所： 〒 _____

電話： _____ FAX： _____

e-mail： _____

講習会日程

8 / 27 9 / 24 10 / 22 12 / 10 11 / 26 1 / 28
10 : 00 ~ 17 : 00 (昼休み 12 : 00 ~ 13 : 00)

受講料 (どちらかに○)
一括 50 万円
分割 10 万円 × 6 回

振込先))
熊本銀行 南関支店
(普) 2051307 神崎昌二 (カンザキシヨウジ)
肥後銀行 菊水支店
(普) 150051 神崎昌二 (カンザキシヨウジ)

誓約書

歯科処神崎
院長 神崎昌二 殿

私は、本受講内容の内容を部外者一切に漏洩させないことを誓います。もし、漏洩させた場合は、損害賠償を請求されても争わず、真摯に 対応します。

【誓約者】

氏名 (自著)： _____ 印