

## オーダーメイド研修（口腔内スキャナー）申込書

※グループ代表者は当センター会員登録者限定

グループ代表者氏名	
グループ代表者会員番号	
グループ代表者の電話番号	
グループ代表者のメールアドレス	
受講料	1回2時間 お一人¥5000
研修費領収書の宛名	
ご希望の日程と機種（内容） 代表者以外の方のお名前と職種	<p style="text-align: center;">（平日9時30分～16時30分）</p> <p style="text-align: center;">（※この時間帯以外を希望される場合は要相談となります）</p>