

『基礎から学ぶ矯正臨床 AtoZ』ベーシック 6 日間コース

第 6 回（11 月 19 日）MFT 講義実習の同伴者希望調査票

株式会社 JM Ortho

〒564-0051 吹田市豊津町 15 - 11 江坂石周ビル 3F

TEL：06-6338-9271 FAX：0120-389-271

担当者：村上 聖翼

本紙は、第 6 回（11 月 19 日）の MFT 講義実習において、スタッフの方が参加可能である為、それに対する希望調査票です。

FAX にてご返信いただくかセミナー時に持参をお願い致します。

該当するところに○印をお願い致します。

1. 第 6 回（11 月 19 日）にスタッフの方は参加予定ですか？

・参加予定 ・不参加予定

2. 参加予定とされた先生方へ

原則、スタッフの方は 1 名でお願いしたいのですが、参加人数のご希望があればご記入下さい。

（ ）人

※ 会場の広さが決まっておりますので、ご希望人数を記載頂いていても難しい場合がございます。その際は、ご相談させていただきます。

3. 参加予定とされた先生方へ

スタッフの方のお弁当は必要ですか？

（セミナー受講費にスタッフの方のお弁当代は含まれておりません。その為、当日、スタッフの方のお弁当代 ¥1,500-お支払い頂くようになります。例年は外食される方もいらっしゃいます。）

・必要 ・不要

先生のお名前： _____

ご協力ありがとうございました。