

4月11日(日)長野県限定！歯科医院収益向上実践セミナー  
参加申込書 【WEB用】

《返信先 FAX:025-523-8574》

いずれかにチェック  していただき、下記のフォームに貴医院名、ご住所等をご記入の上、  
申込み先FAX番号にご返信願います。

- セミナーへの参加を申し込む       懇親会への参加を申し込む  
 今回は参加出来ないが、セミナーの資料等を希望する

貴医院名	参加者ご芳名
	① / ②
御住所(〒 )	
TEL	FAX

事前アンケート

セミナー開催にあたり、皆様のご意見をセミナーに反映させ、より効果的なものにしていきたいと考えております。つきましては、セミナー内容や講師へのご希望、ご質問等がございましたら、以下にご記入の上、FAXにてご返信下さい。<4月5日(月)までにご返信下さい>

①セミナー内容について ※セミナーで取り扱って欲しい個別テーマや相談事項をご記入下さい。

--

②セミナー講師へのご質問 ※時間の都合上、ご質問にお答えできない場合がございます。

--

③貴医院の経営課題について ※現在、課題と思われることをご選択下さい(複数選択可)  
 医院の移転、増改築       スタッフの教育、強化       人事評価制度の構築  
 診療効率の改善       増患対策(マーケティング)       医業収入の拡大  
 自費率向上(自費収入拡大)       その他(下欄に具体的に記入下さい)

--