5月9日(日)歯科医院収益向上実践セミナー
参加申込書

《返信先 FAX：045-831-0007》

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 e-mail	

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にてご返信ください。**〈4月23日(金)までにご返信ください。〉**

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ください。

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(下欄に具体的にご記入ください)

WEB版申込書