

貴医院に訪問して、ソフトの説明をいたします。
ご購入はご覧の上、お決めください！

「歯科訪問診療ソフト+データベース」

説明訪問希望日をご連絡ください。

調整させていただき、当方よりご連絡させていただきます。

※ 交通費につきましては片道ご負担をお願いいたします。

希 望 日		時間（約 90～120分）
第一希望	月 日（ ）	時 分 ～
第二希望	月 日（ ）	時 分 ～
第三希望	月 日（ ）	時 分 ～

医院名：	院長名：
訪問先 住 所：	
電 話：	FAX：
最寄駅：	線 駅

ご記入の上、FAX：03-5944-4052 まで送付をお願いいたします。

メールでもお申込みいただけます。

Email：meskk2005@yahoo.co.jp

メデュケーション株式会社
東京都板橋区中板橋 12-3-603

担 当：田村 タダヒロ
TEL：03-3579-6548
FAX：03-5944-4052