

REGISTRATION(登録)

●登録票を弊社までFAXでお送りください:

株式会社カイマンデンタル

〒102-0082 東京都千代田区一番町8番地15 一番町MYビル

TEL.03-3238-7560/FAX.☎0800-700-9898 または 03-3238-7561

英語でご記入をお願いいたします

Name: _____ Clinic: _____

Address: _____

_____ Postal Code: _____

Phone: _____ Fax: _____

Email: _____

Pat Allen先生のワークショップ(8月9日)/USD 1,795

Marcel Wainwright先生のワークショップ(8月9日)/USD 1,595

学会参加費(8月10-11日)/USD 695

学会参加費・早割 ※5月30日のお申し込みまで /USD 550

宿 泊:

ウェスティンホテル・シドニー

タワー/スーパーリア キングまたはツインベッド

宿泊人数

合計額

1泊 / AUD 280 (オーストラリアドル)

チェックイン/2012.8月 日() チェックアウト/2012.8月 日()

お支払い:

Visa MasterCard American Express

Card Number: _____

Expiration Date: _____ Security Code: _____

Billing Address: _____

Cardholder Name: _____

Signature: _____

学会の内容は通知なく変更になる場合があります。BioHorizons® 及び Laser-Lok® は BioHorizons IPH, Inc.の登録商標です。