

The Course 2019 ご参加の先生方へ

いつもお世話になっております。

★印にご記入後、セキュリティの関係上 FAX にてご返信をお願いいたします。

※ ご返信期限：6月13日（木）

● クレジットカード登録情報 (Credit card information)

| | | |
|------------|------|--------|
| クレジットカード種類 | VISA | MASTER |
|------------|------|--------|

○印をお付けください。(上記のカードどちらかになります。)

| | | |
|----------------------|--------------|---------------|
| ★ 参加者名(英字表記): (Name) | (First Name) | (Family Name) |
| ★ メールアドレス: (e-mail) | | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| ★ クリニック名(英字表記) : (Clinic Name) | |
| ★ カード登録のご住所(英字表記) : (Address) | |

| | |
|----------------------------------|----------------|
| ★ カード会員番号: (Card Number) | |
| ★ カードに記載されたお名前(英字表記) : (Name) | |
| ★ カード有効期限: (Expiration Date) | (Month) (Year) |
| ★ 3桁 or 4桁のピンコード(CVC)番号 | |

● ホテル手配につきまして : (Hotel Check-in and Check-out date)

ウィーンご宿泊 2019年 10月 日 ~ 月 日 (泊)

同伴者: あり (Twin / Double room) ・ なし (Single room) ○印をお付けください。

株式会社アルタデント 東京支社

FAX 番号: 03-5420-4790

(長澤・岩本宛て)

※ ご記入いただいた個人情報は厳正な管理の上、本セミナーに関するご案内以外には使用しません。