

参加申込書

第2回ハワイ国際交流セミナー&視察研修

～ がん患者を支える口腔ケア ～

ティーアンドケー株式会社 行

FAX 03-3668-2790

ご施設名		所属	
住所 (〒 -)			
TEL ()		FAX ()	
参加者	ふりがな	職種	参加者
	御氏名		
メールアドレス		メールアドレス	
※ お申し込み受付後に、確認メールを送信させていただきますので、メールアドレスを必ずご記入ください。			
パシフィック ビーチホテル 予約 申込み	チェックイン日: 2月 日 ()	チェックアウト日: 2月 日 ()	
	泊 室	喫煙 (○をつけてください)	
備考			



パシフィックビーチホテル
(Pacific Beach Hotel)
2490 Kalakaua Avenue
Honolulu, Hawaii 96815

T&K返信欄

申込人数

受付日

お申込みありがとうございます。上記のとおり受理いたしました。

お問合せ・お申込み先 [共催] **T&K** ティーアンドケー株式会社 担当: 植田・神林美帆・張替

TEL: 03-5640-0233 / FAX: 03-3668-2790 / MAIL: info@biotene-tk.co.jp / WEB: www.biotene-tk.co.jp

個人情報について

ご記入いただきました個人情報は当セミナーの出欠の有無・セミナー報告のみに利用いたします。個人情報の取り扱いは弊社個人情報保護方針に則り厳重に管理いたします。