

参加申込書

Hawaii 5 Days Seminar
Hawaii-Japan SW Seminar Project
Thursday, November 17, 2019~

名前 _____

医師 (専門領域: _____)
 看護師 SW その他の専門職

住所 _____ 郵便番号 _____
日中連絡先 _____ Fax _____
E-mail Address _____

注: 参加申込確認、領収書、セミナーに関する全ての資料はE-mailにて送付致しますのでご了承ください。

REGISTRATION FEE: 4日間宿泊費、一部食費、講義・講師料、視察寄付・交通費、会場費含む

	By OCTOBER 31, 2019	After OCTOBER 31, 2019
一般	YEN 170,000	YEN200,000
大学院生	YEN 50,000	YEN100,000

METHOD OF PAYMENT お支払い方法

お振込先: みずほ銀行 神戸支店 (店番 490)
普通 1482913
口座名義 ザイ)コウベコクサイイリョウコウリュウザイダン

申込み用紙とお支払いは下記の通りお願いします。

info@kobirahealthcare.jp
Phone: (090) 8351-8975 Fax: (099) 274-2274

Refund-o receive a refund for the registrationfee,cancellation must be made in writing,efunds will be processedless servicefee if made by November,
No refunds will be made after that date.

Cancellation - his activity is subect to cancellation.n the unliely event that it should be cancelled,
refund of registration fees will be made in full however,the sponsor s are not responsible for any travel costs you incur.