BTI スペシャルセミナー　参加申込書

2024 年の BTI スペシャルセミナーに参加します。

お名前	日本語表記	英語表記（パスポートと同一）
参加者① （　医師　・　スタッフ　）		
参加者② （　医師　・　スタッフ　）		
セミナーに参加しない 同伴者		
医院名		
ご住所　〒　　　ー		
電話番号：＿＿＿＿＿＿＿　Fax 番号：＿＿＿＿＿＿＿ 携帯電話（現地連絡用）：＿＿＿＿＿＿＿ E-mail アドレス：		
参加費用		
歯科医師　300,000 円　×　＝ 同行スタッフ　250,000 円　×　＝ 同伴者　30,000 円　×　＝ 合計　￥＿＿＿＿＿＿		
※お申し込み時に申込金１人当たり 100,000 円、３月末に残額を請求させていただきます。 銀行口座：三菱 UFJ 銀行　神保町（じんぼうちょう）支店　普通　1151474　「BTI ジャパン株式会社講習会口」		

ご出発　帰国希望日をご指定下さい

1：	6月　30日（日）日本出発　　7月　4日（木）帰国
2：	月　　日（　　）日本出発　　月　　日（　　）帰国

＊ワイナリー見学ツアー参加希望

□　有り　　□　考え中　　□　無し

＊旅行チケットの手配

□　自分で手配する　　□　旅行会社を紹介してほしい

※やむを得ない事情で本セミナーが中止となった場合は、お預かりした参加費用は全額返金いたします。

上記内容をご記入の上、下記へ Fax して下さい。改めてこちらからご連絡致します。

FAX 送信先　０３-５８７５-１９８８

BTI ジャパン株式会社　　Tel　０3-5577-4580