

BIOHORIZONS®

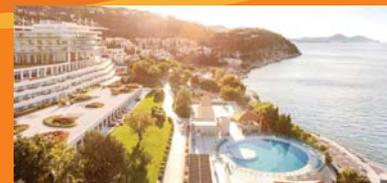
GLOBAL EDUCATION TOUR 2018

| international symposium



DUBROVNIK, CROATIA MAY 17-19, 2018

BioHorizons インターナショナル シンポジウム
2018年5月17日~19日
会場 / サンガーデンズ・ドブロブニク(クロアチア)



合併症に打ち勝つためのパスポート

BioHorizons は、Global Education Tour として、2018年に6ヶ国でシンポジウムやセミナーを開催します。世界中から知名度のある臨床のエキスパートが集結し、最先端の知識を皆様にお届けする予定です。その第一弾を「アドリア海の真珠」と呼ばれるクロアチアのドブロブニクで開催します。サイエンス・イノベーション・教育というBioHorizonsのコミットメントが、世界中の人々にスマイルを取り戻す一助となるよう、このシンポジウムを企画しました。皆様のご参加をお待ちしています。

FEATURED SPEAKERS ※講演はすべて英語で行われます。



Dr. Alain Romanos



Dr. Tiziano Testori



Dr. Ramón Gómez-Meda



Dr. Bach Le、他



●問い合わせ・申込先

Caiman Dental
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:03-3238-7561

ホームページ ▶ <http://www.caimandental.com>

FAX:03-3238-7561

REGISTRATION (登録用紙) ●ご記入の上、弊社までFAXでお送りください。

英語でご記入お願いいたします。

Name: _____ Clinic: _____
Address: _____
City: _____ Country: _____ Postal Code: _____
Phone: _____ Email: _____

プレ・ kongress 登録料 (5月17日)

TeethXpress Full Arch Immediate Load Course with a Hands-on Component
Drs. Udatta Kher and Ali Tunkiwala

人数()名 × EU 150 = _____
(昼食費込み)

メイン・プログラム 登録料 (5月17日～19日)

人数()名 × 80,000円 = _____

※ご登録者様の5月17日と19日のパーティ参加費は上記に含まれます。

※同伴者1名の19日のパーティ参加費は上記に含まれますが、17日のウェルカムパーティはご登録者様のみのご参加となります。

※2名様からの19日のパーティ参加費は下記の通りです。

2名以上の場合の同伴者参加人数()名 × 19日 × EU 40 = _____

宿泊

サンガーデンズ・ドブロブニク (Ul. Na moru 1, 20234 Dubrovnik, Croatia Tel. +385 20 361 500)

● チェックイン: _____ 月 _____ 日 ● チェックアウト: _____ 月 _____ 日

1部屋1名利用 EU 175 × _____ 泊 = _____

1部屋2名利用 EU 185 × _____ 泊 = _____

※ダブルベッドのお部屋のみ

※料金には朝食代・インターネット使用料・税金が含まれています。ドブロブニク滞在税が別途、現地にて請求されます。

※部屋数に限りがありますので、早めにお申込みください。

メイン・プログラム 登録料お支払い

下記銀行口座に振込をお願いします。

お振込先: 三菱東京UFJ銀行 麹町支店 普通 / 0122250
口座名 / 株式会社 カイマンデンタル

※振込人末尾に「BH2018」と入力をお願いします。

※振込手数料はご送金人様にてご負担をお願いいたします。予めご了承ください。

※振込用紙の控えをもって領収書とさせていただきます。予めご了承ください。

※お振込後の返金はいたしかねます。予めご了承ください。

宿泊および2名様以上の同伴者のパーティ参加費、プレ・kongress 登録料のお支払い

※メイン・プログラム登録料以外のお支払いは、クレジットカードの情報が必要となります。下記の空欄に必要事項をご記入ください。

Visa MasterCard

Card Number: _____

Expiration Date: _____ Security Code: _____

Billing Address: _____

Cardholder Name: _____

Signature: _____