

BIOHORIZONS®
global education tour 2019

international symposium
Cartagena, Colombia
May 31-June 1, 2019
Hotel Estelar Cartagena de Indias



BioHorizons インターナショナル シンポジウム
2019年5月31日~6月1日
会場/ エステラル・カタルヘナ・デ・インディアス ホテル(コロンビア)

インプラント治療に対する洞察: 審美的に成功するためのパスポート

BioHorizons Global Education Tour は 2019 年も、最新の研修プログラム内容と活気に満ちたシンポジウムを世界各国で開催します。そのツアーのメインイベントである BioHorizons International Symposium。今年の会場は、カリブ海沿いのリゾート地、カタルヘナにあるホテル、エステラル・カタルヘナ・デ・インディアスです。BioHorizons はサイエンス・イノベーション・教育に対するコミットをしています。世界中の人々に笑顔を取り戻すためのツアーと一緒に出かけましょう!



FEATURED SPEAKERS ※講演はすべて英語で行われます。



Dr. Michael Pikos



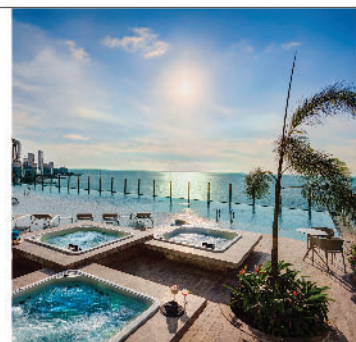
Dr. Maurice Steigmann



Dr. Ramón Gómez-Meda



Dr. Pedro Gazzotti 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29～30日)

PRE-CONGRESS COURSE MODULE 2・Soft Tissue Management for the Aesthetic Zone
Dr. Marius Steigmann

人数()名 × 2,200 USD = _____
(昼食費込み)

メイン・プログラム 登録料 (5月31日～6月1日)

人数()名 × 40,000円 = _____

※ご登録者様の5月31日と6月1日のパーティ参加費は上記に含まれます。

※同伴者1名の6月1日のパーティ参加費は上記に含まれます。

※2名様以上の6月1日のパーティ参加費は下記の通りです。

2名以上の場合: 同伴者参加人数()名(13歳以上) × 75 USD = _____

()名(6～12歳) × 40 USD = _____

宿泊

エステラル・カタルヘナ・デ・インディアス (Carrera 1 #11-116, Cartagena, Colombia Tel. +57-5-651-7303)

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

1部屋2名まで 436,812 コロンビアペソ × _____ 泊 = _____

※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。

※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「BH2019C」と入力お願いします。

※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: _____