

FAX返信先

(株)アトランティス 本社営業所(担当:松澤)

FAX:045-222-7200 (TEL:045-228-3213)



KADVO 第39回 フィリピン デンタル フリー クリニック参加申込書

フリガナ		希望連絡先	KADVO会員資格
氏名		自宅・勤務先	会員・非会員

現地参加型 コースに希望 する方	<input type="checkbox"/>	現地参加型コースを希望します。	注意事項(現地参加型コースへご参加の方): 航空券は各自にてお手配下さい。 また、航空券ご予約後には便名とお時間を 必ずお知らせ下さい。
------------------------	--------------------------	-----------------	--

参加される方は以下の参加申込書につきましても伏せてご記入をお願い致します。

氏名 (ローマ字)		性別	生年月日	本籍地
			西暦 年 月 日	都・道・府・県
職業	歯科医師・医師・歯科衛生士・歯科技工士・その他()			

郵便番号	〒	TEL(H)	FAX(H)
現住所	フリガナ		携帯
			E-mail
			出生地

勤務先名 又は学校名		役職	TEL(B)
			内線
所属先		FAX(B)	
所在地	〒	卒業大学(医師・歯科医師・歯科衛生士のみ)	
		卒業年	昭和・平成 年卒業

ご旅行中の国内緊急連絡先		続柄	フィリピンへの渡航回数
お名前			初めて・2回目・3回以上
ご住所		TEL	※日中ご連絡の取れる番号をご記入下さい

旅券番号	発行年月日	20 年 月 日	※有効残存期間は帰国日 より6ヶ月必要となります。
	有効期間終了日	20 年 月 日	

1人部屋利用希望の有無	有・無	追加代金32,000円	新型コロナワクチン 接種の有無	有()・無
同室の希望者がある場合は お名前をご記入下さい。	有・無		到着便	記入不要
Tシャツのサイズ (現地にて配布されます。)	S・M・L・XL・XXL・XXXL		帰国便	記入不要
診療希望部門 ご希望に添えない場合がございます。	予診部門・充填部門・外科部門・歯周部門・予防部門・希望なし			

- 注意
- ①パスポートサイズ(45mm×35mm)の顔写真1枚(裏面に氏名記載)をご用意下さい。
 - ②パスポートのお写真のページを申込書と一緒に送り下さい。
 - ③現地入国に際しまして旅券の有効期限が**2024年9月21日以降**であることが必要となります。
 - ④現地との連絡の都合上、**1月20日までに**FAX(045-222-7200)でご返送下さい。
 - ⑤**個人情報保護法に伴うご案内**(上記に記載する個人情報を旅行の手配・手続きの代行の為に必要な範囲で宿泊、運送機関、その他の第三者に提供されることを同意の上、お申し込み下さい。
また、ご参加に当りKADVO参加者配布小冊子内の名簿に情報が掲載されますことを予めご了承下さい。
 - ⑥ご出発の2週間から10日前に、詳しいご案内をお送り致します。