



SimTiki Simulation Center
John A. Burns School of Medicine
University of Hawaii
MEB 212, 651 Ilalo St. Honolulu HI 96813
Phone: 1-808-692-0841 • Fax: 1-808-692-1250



コース費用のお支払いについて

席を確保するためにコース費のお支払いを登録と共にお願いしております。(登録後 1 週間以内)お支払い方法は銀行振込またはクレジットカード (JCB, Master, VISA) になります。お支払い金額は US\$になります。

クレジットカードフォームはお支払いが完了次第こちらで個人情報が漏れないよう処分いたします。メールへの添付がご心配のようでしたら、Fax でお送りいただいてもかまいません。

数人まとめてお支払いをされる場合、それぞれの受講者お名前 (ローマ字) と人数をお知らせください。

万が一お支払いいただく日が 1 週間以上かかる場合、担当者 (Cami または Eileen) に下記の 1 文で構いませんのでお知らせください。"You will be receiving __受講されるコース名__ course fee on 月 and 日".
受講されるコース名と、月と日のところにお支払い予定日を記入してください。

お知らせがない場合は、コースの席を確実に確保できない場合がありますのでご了承ください。

お支払いが完了次第、3 日以内(週末を除く)にレシートを担当者よりお送りするとともに、登録完了のお知らせをいたします。コースに関する資料は(アジェンダ、会場の地図など)、ウェブサイトからまとめてダウンロードできますので、そのリンクを一緒にお送りいたします。

コースのキャンセルに関してですが、コース予定日より 30 日以内にキャンセルの場合は、お支払いいただいたコース費の返金できませんのでご了承ください。コース予定日 31 日以上前までにキャンセルをした場合、コース費の 75% は返金されます。



SimTiki Simulation Center
 John A. Burns School of Medicine
 University of Hawaii
 MEB 212, 651 Ilalo St. Honolulu HI 96813
 Phone: 1-808-692-0841 • Fax: 1-808-692-1250



クレジットカードでのお支払い

下記の必要事項をご記入の上 FAX またはイーメールにてお送りください。

TO: SimTiki Simulation Center

Telehealth Research Institute
 John A. Burns School of Medicine
 University of Hawaii

FAX: 1-808-692-1250 Attn: Cami Mikami

Email: mikamic@hawaii.edu (Cami Mikami) or ebeamis@hawaii.edu (Eileen Maeda)

必ずローマ字でご記入ください

Name of the course (コース名): _____

Course date (コース予定日): / / 20 (月/日/西暦)

Name of the institution (施設・学校名): _____

Name	Amount	Card	Card Number	Exp date	Security code
ローマ字	金額	カードの種類	カードナンバー	有効期限	カードの裏 の3桁の番号
	\$	Master / Visa / JCB			

他の受講者の方のコース費をお支払いになる場合は、下記へその方のお名前(ローマ字)と人数をご記入ください

Signature (サイン): _____ **Date:** ___ / ___ / 20 ___