



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

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

John A. Burns School of Medicine
 University of Hawaii

FAX: 1-808-692-1250

Attn: Mari Nowicki or Cami Mikami

Email: nowicki7@hawaii.edu or mikamic@hawaii.edu

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): / / 2018 (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			

Address/住所:

Signature(サイン): _____ Date: ____ / ____ / 2018