

第45回 日本小児外科学会学術集会
 < 宿泊申込書 >

FAX 送信方向

申込締切日：2008年4月*日(*)
 FAX：048(649)0746
 担当：細川・砂生(さそう)

受付番号(JTB記入)			
申込み代表者氏名	様		電話番号
(書類送付先) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	住所	〒	携帯電話
希望送付先を【し】で チェック願います。			電話番号
	メールアドレス		

	フリガナ 氏名	年齢	性別	宿泊日				ホテル申込記号		同室希望者名欄 ツインの場合
				5/27 (火)	5/28 (水)	5/29 (木)	5/30 (金)	第1希望	第2希望	
例	ツクバ タロウ つくば 太郎	40	男 女	○	○	○	○	AS	DS	
1			男 女							
2			男 女							
3			男 女							
4			男 女							
5			男 女							

- この参加申込書は全ての基本台帳となりますので楷書で正確にご記入の上、申込先へご送付ください。
- 各ホテルの確保数には限りがありますので、第2希望をご記入くださいますようお願いいたします。
- 変更・取消の場合は、申込先へFAXまたはE-mail・郵送にてご連絡ください。
 (お電話での変更・取消はお受けしておりません)
- ツインをご希望の方は、同室者も必ず1名分の申込欄を使用し、組み合わせを同室希望者名欄にご記入ください。

【通信欄】	JTB回答欄
	() ご予約OKです。 () お申込み多数の為、調整中です。

※記入欄が足りない場合は、コピーしてご利用くださいませ。