学会ご出席者お1人様1枚ずつご記入ください。

「第20回 日本意識障害学会」 宿泊お申込書

【お申込先】(株)JTB法人東京 西東京支店

原則FAX又はEメールでお送り下さい。

FAX送信の場合は番号にご注意頂き送信後は必ず着信確認のお電話をお願い申し上げます。

E-mail : i_yamagata454@bwt.jtb.jp FAX : 042 - 521 - 5558

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭和 年 月 日	
フリガナ				
資料送付先住所	〒		携帯電話 () -	
			自宅電話 () -	
			FAX () -	
勤務先	フリガナ		お役職	
	病院名			
	所在地	〒	TEL: () - /FAX: () -	
E-mail アドレス		@	ご連絡はなるべくE-mailでさせていただきますので、お持ちの方ははっきりご記入ください。	
旅行中連絡先 (家族・親族)	住所	〒	TEL: () -	
	氏名		続柄	
宿泊希望日	☐ 9月1日(木)【前泊】 ☐ 9月2日(金)【当日泊】 ☐ 9月3日(土)【後泊】			
ホテル希望	☐ ベストウエスタンホテルニューシティ弘前(学会会場となります。) 【客室面積 17 m ² ~22 m ² ベッドサイズ縦 195cm×横 140cm】 一人部屋(お一人様¥12,000) 朝食付きのご案内となります。			
	☐ ホテルルートイン弘前駅前(学会会場より徒歩3分) 【客室面積 13 m ² ベッドサイズ縦 200cm×横 140cm】 一人部屋(お一人様¥6,500) 朝食付きのご案内となります。			
喫煙の有無	☐ 喫煙する ☐ 喫煙しない			

◆ その他ご依頼・ご連絡事項(客室、他ホテルの手配についてなど)

《個人情報のお取扱いに関するご案内》

パンフレット及び旅行条件書(運送サービス又は宿泊サービスの手配のみを除く)に記載の旅行条件及び旅行手配の為に必要な範囲内での運送・宿泊機関等への個人情報の提供について同意の上、以上の旅行を申し込みます。