宿泊申込書《第12回全日本民医連消化器研究会》

申込み日　　年　　月　　日

申込区分　1. 新規　2. 追加　3. 変更　4. 取消
(該当に○印)

申込先 ⇒ **(株)トラベル本舗　宛**

FAX:0263(27)8110　E-mail:info@travel-h.com

申込代表者名	県連名	所属院所名	部署等	連絡先	
				住所	
				TEL/FAX	TEL　　FAX
				e-mail	

	氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	性別	県連	院所名	職種	ホテル国際21						ホテルJALシティ長野						禁煙・喫煙希望に○	ツイン2名利用の同室希望者名
						3月16日(金)<前泊>			3月17日(土)<当日>			3月16日(金)<前泊>			3月17日(土<当日>				
						ｼﾝｸﾞﾙ	ﾂｲﾝ 1人使用	ﾂｲﾝ 2人使用	ｼﾝｸﾞﾙ	ﾂｲﾝ 1人使用	ﾂｲﾝ 2人使用	ｼﾝｸﾞﾙ	ﾂｲﾝ 1人使用	ﾂｲﾝ 2人使用	ｼﾝｸﾞﾙ	ﾂｲﾝ 1人使用	ﾂｲﾝ 2人使用		
						¥10,500	¥13,650	¥9,000	¥10,500	¥13,650	¥9,000	¥8,500	¥10,500	¥7,500	¥8,500	¥10,500	¥7,500		
記入例	ﾌﾘｶﾞﾅ: ﾅｶﾞﾉ ﾀﾛｳ 長野　太郎	男	長野	長野中央病院	医師	○			○									禁煙・喫煙	
1	ﾌﾘｶﾞﾅ:																	禁煙・喫煙	
2	ﾌﾘｶﾞﾅ:																	禁煙・喫煙	
3	ﾌﾘｶﾞﾅ:																	禁煙・喫煙	
4	ﾌﾘｶﾞﾅ:																	禁煙・喫煙	
5	ﾌﾘｶﾞﾅ:																	禁煙・喫煙	

※宿泊お申込みのご案内

1. お申し込みは、ご希望のタイプ枠に○印を記入してください。宿泊代金は、1泊朝食付お一人様の金額です。
2. 各ホテル共、確保済のお部屋の数に限りがあります。予約は先着順の受付とさせていただきます。
   申込受付後3日以内に回答を差し上げますのでご確認ください。なお、満室の場合は代案をお知らせします。
3. お部屋の禁煙・喫煙はできるだけご希望に添いますが、確約はできませんのでご了承ください。
4. 3月18日(日)の後泊および上記以外のホテルをご希望の場合はお問い合わせください。
5. 宿泊代金のお支払いは、2012年2月中に発送する請求書の期日までにお願いします。

宿泊についてのお問い合わせ先
(株)トラベル本舗
TEL:0263-29-2729　FAX:0263-27-8110
e-mail　:　info@travel-h.com
担当者　:　仙石　博茂　・　赤廣　葉子