

日本障害者歯科学会総会宿泊申込書

代表者名	フリガナ	勤務先部署名 (請求書宛先)	
書類送付先住所	〒 □勤務先 □ご自宅		
電話		F A X	

4室以上のお申込の場合はお手数ですが本紙をコピーしてご利用下さい。

①	フリガナ	年齢	性別	宿泊日 (希望日に○)		希望ホテル申込記号 (A-C)	
	宿泊者名	歳	男・女	10月9日	10月10日	第一希望	第二希望
	フリガナ	年齢	性別	宿泊日 (希望日に○)		/	
同室者名	歳	男・女	10月9日	10月10日			
*備考欄 (追加宿泊などご希望があればご記入下さい。)							

②	フリガナ	年齢	性別	宿泊日 (希望日に○)		希望ホテル申込記号 (A-E)	
	宿泊者名	歳	男・女	10月9日	10月10日	第一希望	第二希望
	フリガナ	年齢	性別	宿泊日 (希望日に○)		/	
同室者名	歳	男・女	10月9日	10月10日			
*備考欄 (追加宿泊などご希望があればご記入下さい。)							

③	フリガナ	年齢	性別	宿泊日 (希望日に○)		希望ホテル申込記号 (A-E)	
	宿泊者名	歳	男・女	10月9日	10月10日	第一希望	第二希望
	フリガナ	年齢	性別	宿泊日 (希望日に○)		/	
同室者名	歳	男・女	10月9日	10月10日			
*備考欄 (追加宿泊などご希望があればご記入下さい。)							

●お支払い方法

銀行振込・・・ご請求書を宿泊券送付の際に同封致します。到着後1週間以内にお振込下さい。

お振込先 みずほコーポレート銀行 十二号支店 1218086 株式会社JTB首都圏

※その他のお支払いに関しましてはご相談下さい。