

第 42 回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学術集会【宿泊申込書】

FAX宛先： 045-316-5701

**締切り
6月12日(金)**

* 番号間違いにご注意下さい。送信後に、着信確認の TEL (045-316-4602) をお願い致します。

必ずご記入ください。○で囲んで下さい↓ 予約確認証の受け取り方法 (FAX ・ E-mail)	
FAX	()
E-mail	

【お申込/お問合せ先】 (株)JTB 首都圏法人営業横浜支店 営業第3課 担当：津嘉山(ツカヤマ)、栗原、佐藤 TEL: 045-316-4602 FAX: 045-316-5701

お申込み者名	勤務先名 (所属先)
勤務先住所	T E L ()
	F A X ()
書類送付先 (勤務先以外の場合記入)	T E L ()
	F A X ()

フリガナ 氏名(年齢)	性別	宿泊日(ご希望日に○印を記入)			泊 数	ホテル申込記号			フリガナ 同室者氏名 (年齢・性別)
		7/15 (水)	7/16 (木)	7/17 (金)		第1 希望	第2 希望	第3 希望	
ヨコハマ タロウ 記入例 横浜 太郎 (50)	男女 ○	○	○		2	1-T	2-T	4-T	ヨコハマ ハナコ 横浜 花子 (女・48)
()	男女								()
()	男女								()
()	男 ⊗								()
()	男女								()
()	男女								()

【お支払い方法(必ずご指定下さい)】 クレジットカード(下記ご記入下さい) コンビニエンスストア払い

カード種別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> DINERS <input type="checkbox"/> その他()				
カード番号		有効期限	年	月	ご署名

【ご返金口座】 コンビニエンスストア払いをご指定の場合のみご記入ください(変更・取消等の返金先)。

銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カタカナでご記入下さい)
銀行	支店	普通・当座		

【ご要望自由記入欄(JR・航空券手配・設定期間以外のご宿泊の希望等あればご記入下さい)】