

宿泊プラン申込書

こちらは宿泊プラン申込専用のフォームです

新規  変更  取消 (該当の欄にチェックをお願いします)

旅行手配に必要な範囲内での大会事務局・宿泊機関等への個人提供について同意のうえ、以下の通り申込ます。

都道府県	フリガナ	フリガナ						
	勤務先(学校名)	連絡担当者						
	部署名(学部名・学科名/学年)							
ご住所 (ご請求書等送付先)	〒 -	電話			E-mail			
		FAX						
例	フリガナ	性別	ご宿泊希望日・希望ホテル(A~D)					
	参加者氏名							
例	カイゴ タロウ  介護 太郎	男	10/18(火)		10/19(水)		10/20(木)	
			希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)	
			第1希望	A	第1希望	A	第1希望	
			第2希望	B	第2希望	B	第2希望	
1			10/18(火)		10/19(水)		10/20(木)	
			希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)	
			第1希望		第1希望		第1希望	
			第2希望		第2希望		第2希望	
2			10/18(火)		10/19(水)		10/20(木)	
			希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)	
			第1希望		第1希望		第1希望	
			第2希望		第2希望		第2希望	
3			10/18(火)		10/19(水)		10/20(木)	
			希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)	
			第1希望		第1希望		第1希望	
			第2希望		第2希望		第2希望	
4			10/18(火)		10/19(水)		10/20(木)	
			希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)		希望ホテル(A~D)	
			第1希望		第1希望		第1希望	
			第2希望		第2希望		第2希望	

※ご連絡担当者様をご参加される場合も、必ず参加者様情報の欄にご記入をお願い致します。

【客国22-238】

※5名様以上のお申込みに際しましては、お手数ですが本用紙をコピーしてご利用ください。

<p>「第29回全国大会・第20回日本介護学会 inかながわ」受付デスク                  担当：高橋・箱守・宗石                  住所：〒102-0075 東京都千代田区三番町5-7 精糖会館4階                  電話：03-5212-7138 FAX：03-5212-7094 E-mail：jaccw-9295@tobutoptours.co.jp                  営業時間：平日9:30~17:30 (土曜・日曜・祝日休業)</p>	通信欄	当社使用欄
---	-----	-------