

日本臨床麻酔学会第39回大会 宿泊申込書

申込書記入例

営業二部 菅沼・三浦 宛
FAX: 03-6743-7186

◆下記太枠の中、白地の箇所へ入力または楷書にて記載ください。

E-mail: gakkai@seibutrael.co.jp

所属(上段:フリガナ) セイブビョウイン	申込代表者(上段:フリガナ) セイブ タロウ	住所 〒 105 - 0003
西武病院	西武 太郎	東京都港区西新橋1-14-2新橋SYビル3階 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
		TEL 03 - 6743 - 7171 FAX 03 - 6743 - 7186
		E-mail m.otsuka@seibutrael.co.jp 携帯 - -

申込ホテル(第1希望)

軽井沢プリンスホテルウエスト

申込ホテル(第2希望)

軽井沢プリンスホテルウエスト

申込人数

3 名

宿泊者名(お部屋割り)

No	氏名	フリガナ (フルネーム)	宿泊日	申込コード (第1希望)	申込コード (第2希望)	禁煙/喫煙 (リクエスト)	備考
1	西武 太郎	セイブ タロウ	11 月 6 日 ~ 3 泊	W - 1	D - 34	<input checked="" type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
2	西武 次郎	セイブ ジロウ	11 月 6 日 ~ 3 泊	W - 2	D - 34	<input checked="" type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
3	西武 三郎	セイブ サブロウ	11 月 6 日 ~ 3 泊	W - 2	D - 34	<input checked="" type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
4			11 月 日 ~ 泊	-	-	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
5			11 月 日 ~ 泊	-	-	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
6			11 月 日 ~ 泊	-	-	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
7			11 月 日 ~ 泊	-	-	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
8			11 月 日 ~ 泊	-	-	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	

※記載いただきました個人情報に関しましては、本学会以外での使用はいたしません。

※禁煙/喫煙欄については、お部屋の代表者のみ記載いただければ結構です。

※禁煙ルームは確保数が少ないこともあり、ご希望に添えない場合がございます。

その際は喫煙ルームの消臭対応とさせていただきます。

※申込後、土日祝日を除いた3営業日以内「宿泊予約確認書」に返信いたします。

4営業日以降も返信が無い場合は大変お手数ですが、当社担当までご連絡いただきますようお願いいたします。

[宿泊に関するお申込・お問合せ先]

西武トラベル株式会社 営業二部
〒105-0003 東京都港区西新橋1-14-2新橋SYビル3階
TEL: 03-6743-7171 FAX: 03-6743-7186

E-mail: gakkai@seibutrael.co.jp

担当: 菅沼・三浦

【営業時間】 月曜～金曜 10:00～17:00 土・日・祝日を除く