

日本臨床麻酔学会第39回大会 宿泊申込書

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@seibutavel.co.jp

所属(上段:フリガナ)	申込代表者(上段:フリガナ)	住所					
		〒		-			
							<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
		TEL		-		-	FAX
		E-mail					携帯

申込ホテル(第1希望)

申込ホテル(第2希望)

申込人数

	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			11	月	日 ~	泊	-	-	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
2			11	月	日 ~	泊	-	-	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	
3			11	月	日 ~	泊	-	-	<input 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@seibutavel.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