

[申込先] 〒503-0901 岐阜県大垣市高屋町1-4-3
スイトラベル株式会社 大垣駅前支店
 担当: 久保・松原(営業時間 10:00~18:00/土・日・祝日休業)
 TEL: 0584-73-7885 E-mail: kubo@ats.seino.co.jp
FAX: 0584-73-0661

弊社回答欄			
受付日		整理番号	
ご請求金額		円	

第 18 回在宅血液透析研究会 宿泊申込書／受付回答書

申込締切日: 平成27年6月18日(木)

※太枠の中をご記入ください

ふりがな			
申込責任者氏名			
連絡先住所(請求書送付先)	(勤務先・自宅)		
勤務先(所属)	部・科名		
電話:	(内線)	FAX:	
振込者名 ※申込責任者氏名と異なる場合のみ	宿泊費の領収書宛名 ※必要な方のみ		

※ご記入のない項目はお申込みのないものとさせていただきます。

申込者氏名	性別	宿 泊 ※第2希望もご記入ください				ツイン・和室の 同室者
		申込記号		宿泊日		
		第1希望	第2希望	7/10(金)	7/11(土)	
ふりがな 例) すいと たろう 水都 太郎	男・女 ⊙	A2	C2	○	○	水都 花子
ふりがな 例) すいと はなこ 水都 花子	男・女 ⊙	A2	C2	○	○	水都 太郎
	男・女					
	男・女					
	男・女					
	男・女					
	男・女					

※6名以上でお申込みの場合はコピーしてご利用ください。

【通信欄】 朝食なし(素泊まりプラン)のご希望、その他のご要望のある方はご記入ください。