

第 106 回九州医師会総会・医学会 宿泊申込書

JTB コンベンションサポートセンター宛 (FAX : 092-751-4098)

平成 年 月 日 No.

医師会名： 事務局担当者 (課・氏名)				住所 〒 — TEL : () — FAX : () —				
	フリガナ 氏 名	年 齢	性 別	宿 泊				同室者名
				11/16 (木)	11/17 (金)	11/18 (土)	11/19 (日)	
例	材伊 知 大分 太郎	35	男	S-1	S-1	×	×	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
合 計								
※備考欄								

取消料が発生した場合の返金先・銀行名を予めご記入下さい。

【 銀行 支店 口座名義 口座番号 (普・当) No. 】

留意事項

1. 10名様を超える場合はこの申込書をコピーしてご利用下さい。

申込先 受付業務代行：JTB コンベンションサポートセンター TEL : 092-751-2102 FAX:092-751-4098