

下記用紙を使用される際は
裏面の記入例をご参照ください。

申込は大会専用ホームページ(要項 p.11 参照)からでも受け付けております。

旅行手配のために必要な範囲内での宿泊機関・保険会社等への個人情報の提供について同意のうえ申し込みます。

申込日 年 月 日

都道府県名	申込代表者氏名(フリガナ)	事業所名(所属先名)	書類送付先 <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅	連絡先
都道府県			〒 ー	TEL
			メールアドレス/ @	携帯
				FAX

来場交通手段	JR ・ 航空機 ・ 高速バス ・ 貸切バス ・ 乗用車 ・ その他()	後援団体会員記載欄:団体名()
--------	---------------------------------------	------------------

※会員番号は下記の会員番号記載欄へご記入ください。

※会員の方は、会員番号をお忘れなくご記入ください。 ※6名様以上のお申込みに際しましては、お手数ですがコピーにてご対応をお願いいたします。

No.	フリガナ 参加者氏名	参加種別 1. 支部会員 2. 非会員 3. 学生	会員番号	10月2日 懇親会	観光 コース No.	宿泊日			ホテルプラン記号			宿泊同室者名 (複数の場合)	演題発表 申込
						10月1日 (木)	10月2日 (金)	10月3日 (土)	第1 希望	第2 希望	第3 希望		
1		番号 支部名(県)											有・無
2		番号 支部名(県)											有・無
3		番号 支部名(県)											有・無
4		番号 支部名(県)											有・無
5		番号 支部名(県)											有・無

※申込受付完了後、代金請求書をお送りいたします。

【ご返金口座】お支払いが銀行振込の場合のみご記入ください。(変更・取消等の返金先)

銀行名	支店名	種類	口座番号	口座名義名
銀行 信金 信組		普通・当座		

【お問い合わせ先】

トップツアー株式会社 千葉支店

〒260-0028 千葉市中央区新町 18-10 千葉第一生命ビル 5 階
TEL. 043-243-0109 営業時間 平日9:00~18:00(休業日 土曜・日曜・祝祭日)
FAX. 043-243-1975 担当者 大西・渡辺・山崎

備考・その他(手話通訳の必要な方、車椅子ご利用等の特別な配慮を必要とされる方はその旨をご記入ください。)

※変更・取消連絡の場合も、この用紙をご利用ください。