

FAX: 022-265-5765

お申込締切日
12月20日(火)

(申込書のコピーを必ずお取り下さい)

「第5回日本公衆衛生看護学会学術集会」
宿泊・視察旅行(復興応援ツアー) 申込書

当社使用欄(受付印)

受付№

*旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関・保険会社等への個人データの提供について同意のうえ、以下の旅行に申込みます。

御所属	御担当者(代表者)氏名	e-mail アドレス	確認書送付先御住所(郵便番号必ず記入)	TEL/FAX
			〒 _____	TEL:(_____) _____ FAX:(_____) _____

*1室あたり2名以上での利用をご希望の場合は、必ず同室者希望者のお名前をご明記下さい。

	フリガナ 氏名	性別	年齢	宿泊施設名	客室タイプ (希望タイプを○で囲んで下さい)	禁煙・喫煙のご希望 (希望タイプを○で囲んで下さい)	宿泊		
							1月20日(金)	1月21日(土)	1月22日(日)
例	トウブ タロウ 東 武 太 郎	男 女	55	ホテルメトロポリタン仙台	シングル ツイン(2名利用)	禁煙 喫煙	○	○	○
1		男 女			シングル ツイン(2名利用)	禁煙 喫煙			
2		男 女			シングル ツイン(2名利用)	禁煙 喫煙			
3		男 女			シングル ツイン(2名利用)	禁煙 喫煙			
4		男 女			シングル ツイン(2名利用)	禁煙 喫煙			

ご注意 禁煙・喫煙のご希望は承りますが、確約ではありません。希望通りにならない場合もございますので、予めご了承ください。

備考欄

ご返金時の口座名	
銀行	支店/出張所
普通/当座	口座番号:
口座名:	

被災地視察オプションツアー

参加希望者名	(フリガナ)	性別	希望コース	1泊2日コース 禁煙・喫煙のご希望
1		()	(日帰り ・ 1泊2日)	禁煙・喫煙
2		()	(日帰り ・ 1泊2日)	禁煙・喫煙
3		()	(日帰り ・ 1泊2日)	禁煙・喫煙
4		()	(日帰り ・ 1泊2日)	禁煙・喫煙

*1泊2日コースについては、禁煙・喫煙のご希望を承りますが、希望通りにならない場合がございますので、ご了承ください。

※下記代表者は、大会のご宿泊申込代表者と、オプションツアーの申込代表者が異なる場合のみ、ご記入下さい。

*代表者 _____ ご住所 〒 _____
TEL: _____ (自宅・会社) FAX: _____ (自宅・会社)

【記入上の注意】

- ① 同じ代表者で、4室以上のお部屋をお申込みをされる場合は、本用紙をコピーの上、ご利用下さい。
- ② 代表者の方には送付先住所に関係書類を直接お送りいたしますので、お手数ですが名前(ふりがなも必ず)・所属先・住所・郵便番号など漏れなくご記入願います。

※視察旅行(復興応援ツアー)の申込は一旦希望としてお受けし、催行が決定した段階での正式回答とさせていただきます。
催行が決まりましたら、お申しいただいた方々へ、ご連絡いたします。視察旅行の代金決済も決定通知後にご案内いたします。
※ご記入いただいた個人情報は、ご旅行の手配業務のために利用いたします。

【お問い合わせ先・お申込書類送付先】

東武トップツアーズ仙台支店
〒980-0021 仙台市青葉区中央1-6-18 山一仙台中央ビル3階
「第5回日本公衆衛生看護学会学術集会」係 担当: 佐々木孝哉・五十嵐有希
TEL: 022-263-3232 / FAX: 022-265-5765
E-mail: japhn2017@tobutoptours.co.jp
営業時間: (月~金) 9:00~18:00 ※土・日・祝日休業