第１５回全日本民医連小児医療研究発表会

宿　泊　申　込　書

(株)トラベルビジョン高松支店 宛

申込日：平成２８年　　月　　日

【FAX　087－835－3317】

病　院　名		ﾌﾘｶﾞﾅ 申込代表者	
連絡先住所 (書類送付先)	〒　　－	ＴＥＬ	
		ＦＡＸ	

No.	(＊必ずご記入ください) ＊ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ 参加者氏名	第１希望 ホテル記号 金　額	第２希望 ホテル記号 記入不要	喫煙 の 有無	弁　当 金　額	合　　計（円）
例	ｶｶﾞﾜ　ﾀﾛｳ 香　川　太　郎	A 12,000	C	禁煙	○ 1,000	13,000
1						
2						
3						
4						

＊記入上の注意
①宿泊希望の方は第２希望まで記入ください。
②弁当希望の方は○印をご記入ください。

申込締切日：平成２８年７月３１日（日）