

レンタカー 予約申込書

※下記太枠内を ご入力ください

代表者名 (カタカナ)	①				ご連絡先TEL	
					同乗人数	名
同乗者名 (カタカナ)	②		④		⑥	
	③		⑤		⑦	
利用期間	H 27 年 6 月 26 日		時	分	から	
	H 27 年 6 月 28 日		時	分	まで	
車種 オプション	<input type="checkbox"/> Sクラス <input type="checkbox"/> Aクラス <input type="checkbox"/> EBクラス				台数	台
	※オプションが必要な場合は チェックをお願いします <input type="checkbox"/> カーナビ <input type="checkbox"/> ジュニアシート <input type="checkbox"/> チャイルドシート <input type="checkbox"/> ベビーシート <input type="checkbox"/> その他					
沖縄へ 到着便	<input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JTA <input type="checkbox"/> SKY <input type="checkbox"/> AIR-DO <input type="checkbox"/> その他 ()					
	月	日	便	時	分	到着
沖縄から お帰り便	<input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JTA <input type="checkbox"/> SKY <input type="checkbox"/> AIR-DO <input type="checkbox"/> その他 ()					
	月	日	便	時	分	出発
備考	※その他ご希望などございましたら、ご入力ください					

※ 上記の問い合わせは弊社までお願い申し上げます。

申込企業	東武トップツアーズ(株)メディカルカンファレンスセンター大阪 〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-2-28 堂島アクシスビル7F TEL:06-4799-0118 FAX:06-4799-0128 Mail: masuisummer2015desk@tobutoptours.co.jp
担当	松本 ・ 伊藤