第7回　麻酔科学サマーセミナーお申込書

ふりかな			所属	年齢
氏名				才
連絡先	TEL		FAX	
メールアドレス				
同伴者氏名（ふりかな／年齢）				才
同伴者氏名（ふりかな／年齢）				才
同伴者氏名（ふりかな／年齢）				才
同伴者氏名（ふりかな／年齢）				才

ご宿泊	申し込む　　申し込まない	
ご宿泊日	6月25日　(金)　　6月26日(土)	
宮古島東急ﾘｿﾞｰﾄ(ｵｰｼｬﾝｳｨﾝｸﾞ)	4名1室　3名1室　2名1室　1名1室	室

＊宿泊・飛行機セットプラン	飛行機のご希望を下記にご記入下さい。	
発着空港	(　　) 空港	
往路：希望便	時間：	便：
復路：希望便	時間：	便：

レンタカー	申し込む　　申し込まない
希望クラス	Sクラス　　Aクラス

オプショナルツアー「宮古島ぐるっと1周観光ツアー」
申し込む　　申し込まない

お支払い	クレジットカード　　振込み		
クレジットカードNO		有効年月日	
所持人氏名			
領収書	要　　不要	宛名	

書類/チケット発送先

お振込み口座
三菱東京ＵＦＪ銀行　堂島支店
普通預金口座　　5353355
トップツアー㈱　メディカルカンファレンスセンター

トップツアー㈱ メディカルカンファレンスセンター
担当者；花岡英梨
TEL；０６－４７９９－０１１８
FAX；０６－４７９９－０１２８
MAIL；eri_hanaoka@toptour.co.jp