

第8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

ご宿泊	申し込む	申し込まない
ご宿泊日	6月24日 (金)	6月25日(土)
ANAインターコンチネタル万座ビーチリゾート	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

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(株) メディカルカンファレンスセンター

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