

第3回日本薬局学会学術総会

【宿泊申込書】

FAX宛先：045-316-5701

お申込み締切り日：10月13日(火)

*番号間違いにご注意下さい。送信後必ず着信の確認をお願い致します(TEL:045-316-4602)

フリガナ ご担当者名		勤務先名	
書類送付先住所	〒 勤務先(上記勤務先名の記入必須) ご自宅		
電話・FAX	☎ ()	FAX ()	

*2室以上のお申込みに際しては、お手数ですがコピーにて対応をお願い申し上げます。

フリガナ 宿泊者名	年齢 歳	性別 男・女	希望ホテル 申込記号	ご希望日(希望日に 印)			第2希望 申込記号
				11/13(金)	11/14(土)		
フリガナ 同室者名(ツイン)	年齢 歳	性別 男・女	【その他ご要望(前泊・後泊のご希望等)記入欄】				

フリガナ 宿泊者名	年齢 歳	性別 男・女	希望ホテル 申込記号	ご希望日(希望日に 印)			第2希望 申込記号
				11/13(金)	11/14(土)		
フリガナ 同室者名(ツイン)	年齢 歳	性別 男・女	【その他ご要望(前泊・後泊のご希望等)記入欄】				

【お支払い方法(ご希望に 印)】

- 銀行振込 宿泊券郵送時に請求書を同封致します。
- クレジットカード 下記もれなくご記入下さい。宿泊券郵送時にご利用票を同封致します。

ご利用カード会社名(印)			
VISA		UC	
MASTER		CF	
AMEX		DINERS	
JCB			

カード番号	
有効期限	年 月

私は支払いを当カードで行います。

年 月 日

ご署名