

第6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26日(金)	6月27日(土)
ルネッサンスリゾートオキナワ	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 ; 花岡 英梨
 TEL ; 06 - 4799 - 0118
 FAX ; 06 - 4799 - 0128
 MAIL ; eri_hanaoka@toptour.co.jp