

第2回日本臨床歯科医学会夏季学術大会・総会in金沢 宿泊申込書

FAX送付先：ほっこく観光(株) 076-260-3448 ※必ず控え(コピー)をお残してください。

申込日 月 日

【いずれかに○をお付けください】
(新規・変更・追加・取消)

※旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊期間・保険会社等への個人情報の提供について同意の上、本旅行に申し込みます。

都道府県	〒	申込代表者	フリガナ	勤務先
参加券等送付先 (自宅・勤務先)	<送付先勤務先名>			
※該当に○印をお願いします	連絡先電話番号:	携帯電話番号:	FAX:	Eメール:

申込締切日
2018年6月15日(金)
18:00まで

※下記は当社使用欄

NO	
受付日	月 日
入金日	月 日
入金額	円

NO	氏名	フリガナ	性別	宿泊希望ホテル (希望日に申込番号を記入ください) ※「宿泊のご案内」をご参照ください			ホテル 第2希望	喫煙 禁煙	備考 (同室希望者、連絡事項など)
				7/13(金) 前泊	7/14(土) 当日	7/15(日) 後泊			
例	石川 花子	イシカワ ハナコ	女	2-S	2-S	×	3-S	禁煙	
1			男 女						
2			男 女						
3			男 女						
4			男 女						
5			男 女						

◆ご希望されるホテルが定員に到達した場合、ご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。

◆通信欄

※参加取消時のご返金先を記入ください。(振込手数料は、差し引いて返金致します)			
銀行名	銀行		
	金庫		支店
フリガナ 口座名義	組合		本店
	普通・当座	口座番号	

《費用振込先》

銀行名：北國銀行(ホッコクギンコウ)
支店名：北國新聞社出張所(ホッコクシンブンシヤシュツョウジョ)
口座番号：普通預金口座 021805
口座名義：北國観光株式会社(ホッコクカンコウカブシキガイシャ)
※振込期限 請求書受領後、10日以内にお願ひします



【申込書送付先・問合せ先】

ほっこく観光(株)金沢本社

担当:高井

〒920-0919 石川県金沢市南町2-1北國新聞会館12階

「第2回日本臨床歯科医学会夏季学術大会」係

TEL:076-263-1864 FAX:076-260-3448

営業時間:月曜日～金曜日 9時30分～18時

※お申込書欄が不足の場合はこの申込書をコピーしてご利用ください。 ※当社はこの申込書内の個人情報について、本大会受付業務以外の目的に使用することはありません。

※喫煙、禁煙は確約するものではありません。あくまでご希望となりますので予めご了承ください。