

第107回関西形成外科学会・第49回中部形成外科学会
合同学術集会 ホテルアローレ・宿泊申込書

登録
申込先

〒922-0402 石川県加賀市柴山町と5-1
株式会社 ホテル・アローレ 担当 辻 祐基
TEL:0761-75-8000 FAX:0761-75-8008

フリガナ 連絡先担当者	勤務先	締切 平成26年6月13日(金)	
宿泊確認書等送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒 -		平成 年 月 日記入 新規・変更・取消 ※いずれかに○をしてください	
TEL: () -	FAX: () -	携帯: -	

※郵便番号は必ずご記入願います。

	フリガナ 氏名	性別	ホテル申込ルーム希望				同室者 (ツイン、トリプル、 フォースの場合のみ)	備考	喫煙 禁煙
			7/11(金)	7/12(土)	満室の場合の 第2希望	満室の場合の 第3希望			
例	カナザワ ハナコ 金沢 花子	女	シングル		相部屋 可			禁煙	
1									
2									
3									
4									

必ず、控えを保存してください。

ホテル通信欄:

※申込書は必ず控えを保存して下さい。
 ※用紙が足りない場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。
 ※変更の内容は変更内容がわかるように訂正の上FAXまたは郵送にて
 ご送付ください。