第 21 回日本輸血・細胞治療学会秋季シンポジウム
宿泊申込書

FAX:089－934－6626　担当:武市(たけいち)・山原　行

申込締切日　2014年09月08日(月)

所属先		申込代表者	

ご住所(送付物郵送先)　□自宅　□勤務先

〒　　－

TEL:　　FAX:

携帯電話:

E-mail:

No	フリガナ 氏　名	性別	ご宿泊日 (○印を記入ください) 10/16 (木)	10/17 (金)	10/18 (土)	ご希望ホテル申込番号 第一希望 第二希望	備考 (ツインの場合は同室者名)	禁煙/喫煙希望 禁煙希望	喫煙希望
例	マツヤマ　タロウ 松山　太郎	男 女	○	○	×	①—T ③—T	マツヤマ　ハナコ 松山　花子	○	×
1		男 女							
2		男 女							
3		男 女							

※ ホテルの禁煙ルーム、喫煙ルームには限りがございますのでご希望に添えない場合もございます。
予めご了承くださいませ。

締切日:2014 年9月8日(月)

※　JTB使用欄