

第22回日本輸血・細胞治療学会秋季シンポジウム 宿泊申込書

営業部営業課 担当:三浦・前山・安

FAX:03-6743-7186

E-mail:hotelreservation@seibutavel.co.jp

◆下記太枠の中、白地の箇所へ楷書にてご記入ください。

所属(上段:フリガナ) ※任意	申込代表者(上段:フリガナ)	住所	申込人数
		〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	合計 <input type="text"/> 名
		(ご自宅・勤務先)	
		TEL <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> FAX <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

宿泊者名(お部屋割り)

※二重線内は弊社記入欄です

No	氏名	フリガナ	宿泊開始日		泊数		申込コード	禁煙/喫煙		備考
								禁煙希望	喫煙希望	
例	西武 太郎	セイブ タロウ	10 月	21 日 ~	2 泊	W1		○		
1			10 月	日 ~	泊					
2			10 月	日 ~	泊					
3			10 月	日 ~	泊					
4			10 月	日 ~	泊					
5			10 月	日 ~	泊					
6			10 月	日 ~	泊					
7			10 月	日 ~	泊					
8			10 月	日 ~	泊					

※禁煙・喫煙のご希望は先着順とさせていただきます。禁煙ルームに空きがない場合は消臭対応となりますので予めご了承ください。

※アパホテル軽井沢、チサンイン軽井沢につきましては禁煙ルームのみのご案内となります。予めご了承ください。

※記載いただきました個人情報に関しましては、本学会以外での使用はいたしません。

【領収書について】

宿泊代の領収書が必要な方は下記にご記入ください。(ご宿泊当日、チェックイン時にお渡しさせていただきます。)

宛名		
但し	ご宿泊代として または ()	として

[宿泊に関するお申込・お問合せ先]
 西武トラベル株式会社 営業部営業課
 〒105-0003 東京都港区西新橋1-14-2新橋SYビル3階
 TEL:03-6743-7171 FAX:03-6743-7186
 E-mail:hotelreservation@seibutavel.co.jp
 担当:三浦・前山・安
 【営業時間 月曜～金曜 9:30～18:00土・日・祭日を除く】