

第47回日本リハビリテーション医学会学術集会

宿泊・航空セットプラン申込書

お申込日 月 日

ご 連 絡 先	申 込 代 表 者	フリガナ	勤務先名					
			TEL		(自宅・勤務先)			
			FAX		(自宅・勤務先)			
	関係書類 送 付 先	〒 をして下さい。 (自宅・勤務先)						
フリガナ 氏 名		宿 泊				航空券セットプラン		備 考
		5 / 19 (水)	5 / 20 (木)	5 / 21 (金)	第2希望	往路	復路	(同室者・その他ご希望を記入下さい。)
例	カゴシマ ハナコ 鹿児島 花子	A	A	A				
1								
2								
3								
4								
5								

<申込先> (株)JTB九州鹿児島支店
 営業時間：(月～金)9:30～17:30 (土)9:30～12:30
 日曜日・祝日は、休業日です。
 〒892-0842 鹿児島市東千石町2-12
 Kフラットビル2F
 「第47回日本リハビリテーション医学会
 学術集会」 塚本・河原係
 FAX(099)239-6090 TEL(099)227-5205

個人情報の取扱いについて
 お申込み時にご記入戴きました個人情報について弊社
 が運營業務をお手伝い致します。今大会に係る目的以外
 での利用は致しません。予約の為の関係施設への情報提
 供につきましてはご了承下さい。

JTB記入欄		
受付日	回答日	登録番号