

FAX: 052-211-6415

締め切り: 10月10日(金)

Cancer week 宿泊申込書

(フリガナ) お申し込み代表者名			
ご住所・連絡先 (ご自宅・勤務先)	〒	TEL: 携帯:	FAX: Eメール:

(フリガナ) 宿泊者お名前	希望ホテル		部屋タイプ (希望のタイプに○ をご記入ください)	宿泊希望日 (希望日に○をご記入ください)	(フリガナ) 同室者名
	第1 希望	第2 希望			
(例) アイチ タロウ 愛知太郎	①	②	シングル・ツイン ツインシングルユース	10/27 28 29 30 31 11/1	アイチ ジロウ 愛知次郎
			シングル・ツイン ツインシングルユース	10/27 28 29 30 31 11/1	
			シングル・ツイン ツインシングルユース	10/27 28 29 30 31 11/1	
			シングル・ツイン ツインシングルユース	10/27 28 29 30 31 11/1	
			シングル・ツイン ツインシングルユース	10/27 28 29 30 31 11/1	
			シングル・ツイン ツインシングルユース	10/27 28 29 30 31 11/1	
			シングル・ツイン ツインシングルユース	10/27 28 29 30 31 11/1	

\*第2希望を必ずご記入ください

備考欄

送付・お問い合わせ先

<p>JTB中部法人営業名古屋支店 「Cancer week」係 〒460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内1-17-19 キリックス丸の内ビル7F TEL: 052-211-6704 FAX: 052-211-6415 営業時間 9:30~17:30 (土・日・祝休み)</p>
---