

申込み締切日：9月30日(水)		第31回日本小児外科学会秋季シンポジウム/PSJM2015 〔宿泊手配〕 FAX 送付先：092-751-4098				申込日： 月 日	
新規・変更・取消 (いずれか○で囲んでください)						受付番号：	
県名		勤務先				(フリガナ) 申込代表者氏名	
連絡先住所 (送付先)	〒 ー (勤務先・ご自宅) ※いずれか○で囲んでください					TEL	()
	代表者携帯番号(- -)					FAX	()

No.	フリガナ	年齢	10/28(水)		10/29(木)		10/30(金)		10/31(土)		フリガナ	年齢	禁煙・喫煙 の希望	備考
	参加者氏名	性別	ホテル記号		ホテル記号		ホテル記号		ホテル記号		同伴者氏名	性別		
			第1	第2	第1	第2	第1	第2	第1	第2				
例	クマモト タロウ	30									クマモト ハナコ		禁煙	
	熊本 太郎	男・女	A-1	B-1	A-1	B-1	A-1	B-1	A-1	B-1	熊本 花子	男・女	喫煙	
1		男・女										男・女	禁煙 喫煙	
2		男・女										男・女	禁煙 喫煙	
3		男・女										男・女	禁煙 喫煙	
4		男・女										男・女	禁煙 喫煙	
5		男・女										男・女	禁煙 喫煙	

【備考】

1. 太枠の各該当欄に必要事項をご記入の上、FAXまたはご郵送でお申込みください。ご郵送の場合は必ず控えをおとりください。
2. 申込人数が5名を超える場合は、この用紙をコピーしてお使いください。
3. 宿泊に関しては、空状況の関係でご希望に添えない場合もございます。その場合は第二希望や他施設でのご案内となります旨ご了承ください。
4. 喫煙・禁煙のリクエストはご希望に添えない場合がございます。
5. ご変更・お取消の際は本紙に変更部分を追記頂き再度FAXまたはご郵送にてご連絡ください。
6. 個人情報の取扱いについて：当社は申込書等に記載された個人情報について、お客様との連絡のために利用させていただくほか、宿泊機関等の提供するサービスの手配・受領のための手続きに必要な範囲内で利用致します。

《申込先》 JTBコンベンションサポートセンター
(受付業務代行)
〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-1-35 新KBCビル6階
TEL：092-751-2102 FAX：092-751-4098
〔営業時間〕 9:30～17:30 土・日・祝祭日は休業