第 17 回日本消化器関連学会週間（JDDW 2009）

【宿泊申込書】

FAX 送信先：
06-6263-0717

申込締切日⇒　◆宿泊プラン：平成21 年9月30日（水）

（ふりがな） 申込者氏名	（　　）	勤務先名 （所属機関名）	
連絡先住所	□勤務先　□自宅 〒　　TEL　（　　）		
宿泊確認書の受取方法のご指定 （FAX or E-mail にて受取りが可能です）	□FAX	□e-mail	

フリガナ 宿泊者氏名　（年齢）	性別	ご宿泊日 チェックイン	チェックアウト	泊数	ホテル申込番号 第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望	朝食の有無	フリガナ 同室者氏名（性別・年齢）
キョウト タロウ 記入例　京都　太郎（52）	(男)女	10/13	10/17	4	1-T	3-T	4-ET	(あり)なし	キョウト ハナコ 京都　花子（女・52）
（　）	男女							ありなし	（　・　）
（　）	男女							ありなし	（　・　）
（　）	男女							ありなし	（　・　）
（　）	男女							ありなし	（　・　）
（　）	男女							ありなし	（　・　）

＊お申込は記号にて、必ず第3希望までご記入下さい。尚、ツイン（2名1室）ご利用の方は必ず同室者名をご記入ください。
＊FAX 送信後、二週間連絡が無い場合はお手数ですが着信確認をしていただきますようお願い致します(TEL: 06-6260-5076)。

◆お支払方法のご指定◆　□コンビニエンスストア決済　□クレジットカード（下記にご記入下さい）

カード種別	□VISA　□MASTER　□DINERS　□JCB　□UC　□DC　□AMEX　□日本信販　□その他（　　）				
カード番号		有効期限	年　　月	ご署名	

◆ご返金口座◆お支払いがコンビニエンスストア決済ご希望の場合のみご記入ください。（変更・取消等の返金先）

銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カタカナでご記入ください）
銀行	支店	普通・当座		

◆ご要望自由記入欄◆

◆お申込・お問合せ先◆

（株）JTB西日本 EC 営業部　総合旅行業務取扱管理者: 松村 尚
「JDDW 2009 宿泊受付デスク」　担当 ： 崎元
〒541-0056　大阪市中央区久太郎町 2-1-25　JTB ビル 7 階
TEL：06-6260-5076　FAX：06-6263-0717
e-mail: m_sakimoto480@jtb.jp
［営業時間］午前 9 時 30 分～午後 5 時 30 分（土・日・祝日休業）

旅行企画・実施
（株）JTB 西日本
観光庁長官登録旅行業第 1768 号
日本旅行業協会正会員・旅行業公正取引協議会会員
大阪市中央区久太郎町 2-1-25　〒541-0056