

## 第 37 回 消化器内視鏡技師認定試験 ご宿泊申込書

# ご予約FAXお申込み用紙→FAX.042-620-5519

下記項目に必要事項をご記入の上、FAX 送信をお願い申し上げます。

折り返し( FAXへ 自宅電話へ 携帯電話へ )ご確認させていただきます。

**株式会社タウンツアーズ 業務部担当:三浦 行き**

東京都知事登録旅行業 2-5952 号

〒192-0904 東京都八王子市子安町 3-8-10

電話.042-620-5515 FAX.042-620-5519



|   |                                    |                 |                           |             |
|---|------------------------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| 宿泊希望日   | チェックイン 平成 年 月 日( ) ~チェックアウト 月 日( ) |                 |                           |             |
| フリガナ<br>代表者氏名   | 様                                  | 性別<br>男・女       | 部屋タイプ<br>シングル<br>ツイン<br>他 | 泊数<br><br>泊 |
| 住所<br>(宿泊確認書<br>郵送先)  | 〒 -                                |                 |                           |             |
| 電話番号<br>FAX   | ( ) -                              | 携帯電話<br>メールアドレス | ( ) -                     |             |
| 代表者以外の方   |                                    |                 |                           |             |
|   | 氏 名                                | 性別              | 部屋タイプ                     |             |
| 1   |                                    |                 |                           |             |
| 2   |                                    |                 |                           |             |
| 3   |                                    |                 |                           |             |
| <p>ご希望宿泊ホテル下記ホテルからお選びください。□にレ印をつけて頂くか、下記にホテル名ご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①ホテルサンルート有明</p> <p><input type="checkbox"/> ②東京ベイ有明ワシントンホテル</p> <p>いずれも禁煙室となります。喫煙室のご希望は承りますが確約ではございませんので予めご了承ください。</p> <p>第一希望ホテル名:</p> <p>第二希望ホテル名:</p> |                                    |                 |                           |             |