

「第14回日本クリニカルパス学会学術集会」  
【エクスカーション 申込書】

送付先FAX:019-623-4425

JTB東北法人営業盛岡支店  
「第14回日本クリニカルパス学会 エクスカーション」係  
申込締切 9月30日(月)

所属先名	都道府県名(	役職/職種	申込代表者氏名
連絡先(送付先)住所		連絡先	
〒		TEL:	
		FAX:	

No.	フリガナ 氏名	性別	年齢	エクスカーション 11/2~3	同室希望者	備考
例	モリオカ タロウ 盛岡 太郎	男	45	○	仙台花子	
1						
2						
3						
4						
5						

※別紙記載の旅行条件書をご確認の上お申込下さい。

申込先 (株)JTB東北法人営業盛岡支店  
「第14回日本クリニカルパス学会エクスカーション」係  
〒020-8525 岩手県盛岡市内丸2-5  
TEL:019-651-7474 FAX:019-623-4425  
営業時間:平日 9:30~17:30 土・日・祝日:休業