

第 66 回日本矯正歯科学会大会 宿泊申込書

申込締切日 2007 年 9 月 7 日(金)

基本情報登

| | | |
|---|-----|--------|
| <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms. ふりがな 申込者氏名 | | |
| 所属機関名 | 役職 | |
| 書類送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒 | | |
| TEL | FAX | E-mail |
| <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms. ふりがな ご同伴者氏名 | | |

宿泊申込

| | |
|---|------------|
| 第 1 希望ホテル名 | 第 2 希望ホテル名 |
| 希望部屋タイプ <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン <input type="checkbox"/> ツインシングルユース <input type="checkbox"/> の欄に チェックしてください。 | |
| 宿泊日 <input type="checkbox"/> 09/18 <input type="checkbox"/> 09/19 <input type="checkbox"/> 09/20 <input type="checkbox"/> 09/21 <input type="checkbox"/> の欄にチェックしてください。 | |

合計金額： ¥ _____

お支払い方法 (該当するものに○印をご記入下さい。)

- 1 コンビニエンスストア払い込み (後日払込書を送付致します。)
- 2 銀行振り込み (後日費用明細を送付致します。)
- 3 クレジットカード(下記に必要事項をご記入下さい。)

| | |
|---|-----------------|
| 利用カード会社 (該当するものに○印をご記入下さい) | 有効期限 |
| ダイナース マスターカード VISA AMEX J CB | 200 年 月まで |
| 引き落としカード番号 | |
| Empty space for card number | |

 ご署名


JTB 西日本EC営業部

「第 66 回日本矯正歯科学会大会」係 担当：角谷

〒541-0056 大阪市中央区久太郎町 2-1-25 JTBビル7F

TEL: (06) 6260-5076 FAX: (06) 6263-0717

営業時間：9:30~17:30 月~金曜日 (土・日・祝は休業)