

FAX : 024 - 522 - 2980

「第2回 日本予防医学リスクマネジメント学会学術総会」  
 宿泊申込書

受付日		受付No	
-----	--	------	--

書類等 送付先 住所	〒 - (都・道・府・県)		
	勤務箇所	所 属	
(ふりがな) 申込者 氏 名	----- 男 女	連 絡 先	勤 務 先
			TEL ( )
			FAX ( )
		自宅・携帯 ( )	

No	フリガナ 宿泊者氏名	性 別 (年齢)	宿 泊			同室者名
			2/19(木)	2/20(金)	2/21(土)	
例 入 例	フクシマ タロウ 福 島 太 郎	男・女 (30)	1 - T	1 - T		福 島 花 子 福 島 太 郎
	フクシマ ハナコ 福 島 花 子	男・女 (30)	1 - T	1 - T		
1		男・女 ( )				
2		男・女 ( )				
3		男・女 ( )				
4		男・女 ( )				
5		男・女 ( )				
6		男・女 ( )				

【お客様用通信欄】	『返金発生時の振込先口座』 銀行 支店 普・当 口座番号 口座名義
	【FAX送信先】 (株)ジェイティービー福島支店 担 当：佐藤(信也) / 星 野 FAX : 024 - 522 - 2980

ツインルームをご希望の方は同室者同士をくくって下さい。(記入例参考)  
 7名以上のお申し込みの場合は、この用紙をコピーしてお使い下さい。  
 本書はコピーをとり、学会終了まで保管願います。