当社はご記入頂きましたお客様の個人情報を、お客様との連絡、旅行の手配に必要な範囲内での宿泊機関等への提供にご利用させていただきます。
日本通運(株)御中
上記内容に同意の上、以下の宿泊手配を申し込みます。

受付　　月　　日（NO.　　）

# 第２０回　母乳育児シンポジウム
# 宿　泊　申　込　書
## (FAX 専用：No.03-3573-8531)

基本情報

| | |
|---|---|
| □Prof.　□Dr　□Mr　□Ms<br>申込者氏名（ふりがな） | |
| 所属機関名 | 役職 |
| 請求書送付先：　□勤務先　□自宅<br>〒　　－ | 請求書の宛名：　□勤務先名　□個人名 |
| TEL　　FAX | E-mail |

宿泊申込

| | |
|---|---|
| 第１希望ホテル名 | 第２希望ホテル名 |

| | ご宿泊者名（ふりがな）(宿泊者全員の氏名を記載) | 性別 | 宿泊日 | 部屋タイプ | ツインの場合の同室者名 |
|---|---|---|---|---|---|
| ① | | | ８月　日から　泊 | □シングル　□ツイン | |
| ② | | | ８月　日から　泊 | □シングル　□ツイン | |
| ③ | | | ８月　日から　泊 | □シングル　□ツイン | |
| ④ | | | ８月　日から　泊 | □シングル　□ツイン | |
| ⑤ | | | ８月　日から　泊 | □シングル　□ツイン | |

| | |
|---|---|
| 宿泊料金 | 8/5　１泊料金（　　円）×　　室　＝　　円<br>8/6　１泊料金（　　円）×　　室　＝　　円 |

| | |
|---|---|
| （通信欄） | （申込書送付先・手配旅行会社）<br>日通旅行 NIPPON EXPRESS　〔日本通運㈱東京旅行支店〕<br>〒105－0004　東京都港区新橋1－5－2　日通旅行ビル6Ｆ<br>「第２０回　母乳育児シンポジウム」デスク<br>TEL：03－3573－8519／FAX：03－3573－8531<br>営業時間：月～金曜日 午前9時～午後6時（土・日・祝祭日は休み）<br>担 当 ： 間 瀬 ・ 太 田 |