

当社に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。

「『個人情報の取扱いについて(旅行版)』に□同意します。(同意いただける場合は□を塗りつぶしてください)」

受付 月 日 (NO. )

## 第21回 母乳育児シンポジウム 旅行申込書

(FAX : 03-3573-8469 / e-mail : a-shima@nittsu.co.jp)

### 基本情報

<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	
請求書送付先 : <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	請求書の宛名 : <input type="checkbox"/> 勤務先名 <input type="checkbox"/> 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		
ふりがな ご宿泊者名(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	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン	
②		8月 日から 泊	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン	
③		8月 日から 泊	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン	
④		8月 日から 泊	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン	
⑤		8月 日から 泊	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン	
旅行代金 (2泊の場合は合算)	8/3 1泊料金 (            円) ×    室 =            円			
	8/4 1泊料金 (            円) ×    室 =            円			
	合 計	円		

(通信欄)	(申込書送付先・取扱旅行会社)  日通旅行 〔日本通運(株)東京旅行支店〕 〒105-0004 東京都港区新橋1-5-2 日通旅行ビル7F 「第21回 母乳育児シンポジウム」デスク TEL : 03-3573-8519 / FAX : 03-3573-8469 営業時間 : 月~金曜日 午前9時~午後6時 (土・日・祝祭日は休み) 担当 : 島・太田
-------	--