睡眠歯科医学エキスパートセミナー

睡眠時無呼吸ビギナー講座　　　　　【手配依頼書】

**※FAXもしくはメール添付にてお送り下さい（ＦAX：03-5367-2187）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  |  | 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
|  |  | 年　齢 | 才 | 性　別 | 男女 |
| 所　　属 |  |
| 連絡先 | 自宅　/　勤務先　　　（どちらかに○をお願いします） |
| 連絡先住 所 | 〒 |
| 電話： | ＦＡＸ： |
| E-Mail |  |
| ≪ご要望事項≫ |  | カード番号 |  |
| 手配依頼内容（いすれかにチェック）□宿泊のみ　　　　□交通のみ（飛行機・新幹線等）　　　□宿泊と交通（飛行機・新幹線等） |
| ご宿泊希望の方はご記入ください宿泊希望日部屋タイプ | 2018年7月（　　　　）日チェックイン～7月（　　　　）日チェックアウト□禁煙室　　　□喫煙室 |
| 交通手配をご希望の方はご記入ください往路希望日時復路希望日時 | 2018年7月（　　　　）日（　　　　）時頃出発の飛行機もしくは新幹線2018年7月（　　　　）日（　　　　）時頃出発の飛行機もしくは新幹線 |
| ≪希望欄≫2人部屋希望などありましたら記載ください |

旅行手配のために必要な範囲内で運送・宿泊機関等、その他への個人情報の提供について同意の上、標記講座の旅行を申し込みます。個人情報取り扱いに関する事項について同意される方は「同意する」にチェックしてください。

* 同意する　　　□同意しない

【問合せ先】

160-0022東京都新宿区新宿1-27-2山本ビル2階

株式会社ケイコンベンション

東京都知事登録旅行業第3-5114号

TEL03-5367-2382　/　FAX03-5367-2187

エキスパートセミナー申し込みの方　expart2018@k-con.co.jp

睡眠時無呼吸ビギナー講座お申し込みの方　beginner2018@k-con.co.jp