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](mailto: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](mailto:beginner2018@k-con.co.jp)