

# 第42回 全国助産師教育協議会 全国研修会

## 《参加・宿泊等申込書》

**送付先 FAX : 0985-29-3010**

宛先：東武トップツアーズ株式会社 担当：立山・加藤

**申込締切：平成29年2月20日(月)**

参加登録及び旅行手配のために必要な範囲内の事務局、宿泊機関・保険会社等 への個人情報の提供について同意のうえ、以下のとおり申し込みます

**【研修会参加申込】**

氏名	(ふりがな)		
所属	(学校名・研究室等)		
参加種別 (○をおつけください)	会員 (10,000円)	非会員 (12,000円)	助産師学生 (3,000円)
住所 (送付物送付先)	〒 -		
電話番号	(勤務先)	FAX番号	
	(携帯番号)	メールアドレス	

**【各種申込】**

希望ホテル	A 宮崎観光ホテル（東館） ・ B 宮崎観光ホテル（西館） (ご希望のホテルに必ず○をおつけください。満室の場合は別のホテルをご紹介します)		
お部屋タイプ	A シングル ・ B ツイン ・ C ツインシングルユース (ご希望のお部屋タイプに必ず○をおつけください)		
宿泊希望日 (ご希望の宿泊日に必ず○をおつけください)	3月3日(金)	3月4日(土)	3月5日(日)
【備考】 <p style="text-align: right;">※ツインをご希望の場合、同室の方のお名前をご記入ください。</p>			
懇親会・お弁当・エクスカージョンを申し込まれる方は必要な日にちの下の欄に必ず○をおつけください			
懇親会	3月4日(土)	お弁当	3月4日(土)    3月5日(日)
			エクスカージョン
			3月3日(金)

領収証： 要 ・ 不 宛名： _____ 但書： _____		
ご返金 口座番号 払い戻しなどが 生じた場合用	金融機関名 支店名 口座番号 (当・普) 口座名義	東武トップツアーズ使用欄

※禁煙・喫煙のご希望は、部屋数の都合でご希望に添えない場合があります事をご了承ください。  
 ※旅行申込みの際に提出頂いた書類に記載された個人情報について、お客様との連絡のために利用させて頂くほか、運送・宿泊機関等の提供するサービス受領の為に必要な範囲で利用させて頂きます。