

# 大分県臨床検査技師会 会員専用 お申込書

※ お申込はFAXにてお願いします。



配達希望日: 月 日 曜日

営業時間 平日10:00~18:00  
土曜 10:00~13:00 日祝祭日 お休み  
TEL 097-536-0101

※ 配達時間のご指定はご希望に添えない場合がございます。

**FAX 097-534-3215**

病院名	ご連絡先電話番号	FAX番号	お申込者名

チケット送付先ご住所

ご利用者名 (カタカナでご記入ください。)	年齢	性別	ご利用者名 (カタカナでご記入ください。)	年齢	性別
①			③		
②			④		

## A. 航空券・JR券予約

利用日	航空会社	便名	区 間	出発時間	人数	航空券割引	JR希望座席	回答
/			→	:		する・しない	指定・グリーン・喫煙・禁煙	
/			→	:		する・しない	指定・グリーン・喫煙・禁煙	
/			→	:		する・しない	指定・グリーン・喫煙・禁煙	
/			→	:		する・しない	指定・グリーン・喫煙・禁煙	

\* 航空券には便の変更可能な航空券と割引を使った変更出来ないタイプのものがあります。

\*\* 航空会社マイレージカードをお持ちの方は会員No.をご記入下さい。 \*\*

ANA

会員No.

JAL

会員No.

S 航空パック ※この欄は航空券とホテル宿泊券がセットのビジネスパックご利用の方のみご記入ください。

宿泊日	泊数	ご希望ホテル名	部屋タイプ	食事	回答
/			シングル・ツイン・トリプル	1泊朝食	
/			シングル・ツイン・トリプル	1泊朝食	

## B. 宿泊予約 旅館・ホテル等宿泊施設のみ、お申し込みの方はこちらにご記入ください。

宿泊日	泊数	ご希望ホテル名	部屋タイプ	食事希望	回答
/			洋室( 人部屋) 和室( 人部屋)	1泊朝食・1泊2食	
/			洋室( 人部屋) 和室( 人部屋)	1泊朝食・1泊2食	

お客様通信欄 (ご質問・ご要望)

臨床検査技師会 会員番号:

利用区分: 会 務 私 用

\* 会員番号は必ずご記入下さい。  
\* 利用区分については何れかに○印を記入して下さい。

弊社通信欄 (回答)

受付担当

尚、キャンセル料は 月 日よりかかります。

航空パック取消料	取消し日	旅行開始日の 21日前まで	旅行開始日の 21日前~8日前	旅行開始日の 7日前~2日前	旅行開始日の 前 日	旅行開始日の 当 日	旅行開始後の解除 無連絡不参加
	取消料 (おひとり)	無料	旅行代金の20%	旅行代金の30%	旅行代金の40%	旅行代金の50%	旅行代金の100%

お手数ですが、この用紙がなくなった場合はコピーにてご利用ください。