

FAX:078-302-6877

TEL:078-302-1111

第2回 日本包括歯科臨床学会 宿泊申込書

『第2回日本包括歯科臨床学会』にご出席される皆様へ
神戸ポートピアホテルでのご宿泊を特別料金にてご提供いたします。
ご希望を下記のフォームにご記入のうえ、FAXにてお申込み下さいませ。

ご宿泊期間 2013年8月30日(金)～2013年9月1日(日)

ご宿泊者氏名

※シングル/ツイン・ダブル(お1名様利用)の場合

フリガナ		8月30日(金)	8月31日(土)	9月1日(日)
お名前				

※ツイン・ダブル(お2名様利用)の場合

フリガナ		8月30日(金)	8月31日(土)	9月1日(日)
お名前				
フリガナ				
お名前				

※トリプル(3名様利用)の場合

フリガナ		8月30日(金)	8月31日(土)	9月1日(日)
お名前				
フリガナ				
お名前				
フリガナ				
お名前				

室料

上記の表にご希望日に○をご記入下さいませ。

※お一人様料金(室料・朝食・サービス料を含みます。)

お部屋タイプ	8月30日(金)	8月31日(土)	9月1日(日)
シングル	¥12,000	¥14,500	¥12,000
ツイン・ダブル(1名様利用)	¥14,000	¥16,500	¥14,000
ツイン・ダブル(2名様利用)	¥8,500	¥11,000	¥8,500
トリプル(3名様利用)	¥6,900	¥8,900	¥6,900

ご連絡先
〔宿泊予約確認返信先〕

電話番号 () —

FAX番号 () —

※お願い:締切日 8月 23日(金)までにお申込み下さいませ。

:お部屋が満室になり次第、お受けできない場合がございますのでお早めにお申込み下さいませ。

※ホテル記入欄

印
