

滋賀医科大学 学生協 行

FAX : 0 7 7 - 5 4 7 - 3 1 5 1

第 57 回 社会医学会総会 宿泊申込書

| | | | |
|------------------|--------------|-------|----------|
| (ふりがな) 申込代表者名 | | 勤務先名 | |
| 郵便物送付先 | (勤務先・自宅) 〒 - | | |
| 電話番号 | (勤務先・自宅) | FAX番号 | (勤務先・自宅) |

1. ご宿泊

| | ふりがな 宿泊者名 | 宿泊希望日 | | ご希望ホテル | 客室タイプ |
|---|--------------|-------|-----|--------|-------|
| | | 8/5 | 8/6 | | |
| 1 | | | | | シングル |
| | | | | | |
| 2 | | | | | シングル |
| | | | | | |
| 3 | | | | | シングル |
| | | | | | |
| 4 | | | | | シングル |
| | | | | | |

ご希望のホテルが満室だった場合のご希望順位がある場合は、以下のご記入をお願いします。

第 2 希望 : _____

第 3 希望 : _____

第 4 希望 : _____

※ご宿泊をされる日付に、○印をお付けください。