

申込先=トップツアー(株)秋田支店
FAX:018-866-0177

第63回全国学校保健研究大会 参加・宿泊等申込書

お申込締切日
9月20日(金)

※各種手配の為に必要な範囲内での運送・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、申し込みます。

※第63回学校薬剤師大会のみの参加で、宿泊予約をご希望の方もこの申込書をご利用下さい。

新規・変更・取消
(いずれか○で囲んで下さい。)

申込日平成 年 月 日

都道府県	フリガナ 勤務先・所属	フリガナ 申込ご担当者名
住所 (書類送付先)	自宅・勤務先	連絡先
		TEL
		FAX

当社使用欄

受付印	
受付NO	

No	フリガナ 参加者氏名	性別	職名	所属名	大会参加 ¥6,000	課題別 研究協議会	宿泊申込			第2希望	視察申込	合計金額	備考
							11/6 (水)	11/7 (木)	11/8 (金)				
例1	アキタ タロウ 秋田 太郎	男	学医	秋田ホスピタル	○ ¥6,000	1	1-S ¥9,500	1-S ¥9,500	1-S ¥9,500	3-S	C ¥6,000	¥40,500	
例2	アキタ ハナコ 秋田 花子	女	教員	〇〇高等学校	○ ¥6,000	2	2-S ¥10,000	2-S ¥10,000	2-S ¥10,000	4-S	D ¥30,000	¥66,000	
1		男										¥	
2		女										¥	
3		男										¥	
4		女										¥	
5		男										¥	
6		女										¥	

【宿泊などの取消による返金の際の銀行口座記入欄】

銀行名: 銀行・信用金庫 支店

口座名 普通・当座 口座番号()

フリガナ
口座名

【記入上の注意】

- 職名欄につきましては、()のように記入して下さい。学校医(学医) 学校歯科医(学歯) 学校薬剤師(学師) 指導主事(指主) 教育委員会職員(教委) 教育委員会職員(教委) 保健主事(保主) 養護教諭(養教) 校長(校長) 教頭(教頭) その他の教職員(教員) 学校保健会職員(保職) 常勤以外の職名については省略せずそのまま記入して下さい。
- 所属名欄については、公立学校は〇〇市立△△小学校として下さい。
- 大会参加欄は○印と金額をご記入下さい。
- 課題別研究協議会欄には、参加を希望する課題番号を記入して下さい。また、宿泊・視察旅行ご希望の方は申込記号と金額をご記入下さい。
- 大会参加申込後は、大会参加費を返金できませんのであらかじめご了承下さい。
- 宿泊でツインをご希望の方は必ず同室希望者名を備考欄にご記入下さい。
- 宿泊の禁煙・喫煙ルームのご希望の際はその旨を備考欄にご記入下さい。(但し確約するものではありません。)
- 申込欄が足りない場合は、コピーをしてご利用下さい。※必ずお手元に控えをお取りいただき保管して下さい。
- 費用のお振込は弊社より請求書送付後、10月31日(木)までお願い致します。

【お問合せ・申込書送付先】

トップツアー(株)秋田支店
〒010-0951 秋田市山王2-1-40 田口ビル1階
TEL:018-866-0109 FAX:018-866-0177
営業時間 平日9:20~18:00 土曜9:20~12:40 (日曜・祝日休業)

