

申込日： 年 月 日

オーラルフィジシャン チャリティーイベント
航空券・列車・宿泊・オプションツアー 申込依頼書

医院名/組織名	
代表者	
TEL	
FAX	

トップツアー(株) 東京法人東事業部
第1営業部
担当：渡部(ワタナベ)・島田
 TEL：03-3231-0760/FAX：03-3516-195
 yutaka_watanabe@toptour.co.jp

送 付 先	チケット・請求書	〒 -		
	送付先住所			
	送付先電話番号			
	送付先名	請求書宛名		

※下記No.①～⑩を各【申込者No.】欄にご記入ください

No.	ご参加者名 (カタカナ)	性別	年齢	タバコ	No.	ご参加者名 (カタカナ)	性別	年齢	タバコ
①		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	⑤		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙
②		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	⑥		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙
③		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	⑦		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙
④		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	⑧		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙

航 空 券	希望フライトNo	申込者No	日付	航空会社	便名	区間	発時間	人数	
				/			-	:	
				/			-	:	
				/			-	:	
				/			-	:	

列 車	申込者No.※	種別	月日	列車名	発時間	区間	席種別		人数	
		特 急 券	/	号	:	-	普通	グリーン	自由	
			/	号	:	-	普通	グリーン	自由	
			/	号	:	-	普通	グリーン	自由	
			/	号	:	-	普通	グリーン	自由	
		乗 車 券	/			-	片道	往復		
	/				-	片道	往復			

宿 泊	ホテルNo	申込者No.※	月日	泊数	ホテル名	料金	タイプ	食事	部屋数
			/	泊			シングル		部屋
			/	泊			ツイン		部屋
			/	泊			シングル		部屋
			/	泊			ツイン		部屋

オプションツアー	奥の細道コース	歴史コース	史跡・名勝コース
申込者No.※			

備考	
----	--