

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	トップツアー医院
代表者	渡部 裕
TEL	03-3231-0760
FAX	03-3516-1951

トップツアー(株) 東京法人東事業部
第1営業部
担当：渡部(ワタベ)・島田
 TEL：03-3231-0760/FAX：03-3516-1951
 yutaka_watanabe@toptour.co.jp

送付先	チケット・請求書	〒 103 - 0027		
	送付先住所	東京都中央区日本橋1-13-1 日鐵日本橋ビル5階		
	送付先電話番号	03-3231-4060		
	送付先名	トップツアー医院	請求書宛名	トップツアー医院

※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	ワタナベ ユタカ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	28 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	トヨタ マリア	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	26 歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙	⑥	10名以上ご参加の場合はコピーしてご利用ください	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙
③	チカザワ カオリ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	34 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
		①②③	7 / 1	ANA	893	羽田 - 庄内	7 : 15	3
		①②③	7 / 3	ANA	900	庄内 - 羽田	18 : 15	3
	別紙希望フライトのアルファベットをご記入ください ご参加者名左のNo.をご記入ください						-	:
						-	:	

列車	申込者No.※	種別	月日	列車名	発時間	区間	席種別	人数
			/	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	
	乗車券	/			-	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					部屋
			/	泊					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.※		①②③	

備考	ご参加者名左のNo.を希望コース欄へご記入ください。
----	----------------------------