

第2回日本胎児治療研究会

2004年11月26～27日
ホテル阪急エキスポパーク

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、このたびホテル阪急エキスポパークにて「第2回日本胎児治療研究会」が開催されるにあたり、参加されます皆様の宿泊の手配をJTB国際旅行事業部で取り扱わせていただくこととなりました。

皆様のご希望に添いますよう努力いたしますので、下記内容をご参照の上、お早めにお申し込み頂きますようご案内申し上げます。

ホテル

ホテル名 (チェックイン / アウト)	料金(1室あたり)			住所 / 電話 / 最寄駅
	シングル 1名様1室利用	ツイン 1名様1室利用	ツイン 2名様1室利用	
千里阪急ホテル 14:00/12:00	¥10,395	¥13,860	¥16,747	〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町2-1-D-1 電話: 06-6872-2211 大阪モノレール「千里中央駅」下車徒歩2分
ホテル阪急エキスポパーク 14:00/11:00	¥8,085	¥12,705	¥16,170	〒565-0826 大阪府吹田市千里万博公園1-5 電話: 06-6878-5151 大阪モノレール「万博記念公園駅」下車徒歩5分

◆ 上記料金は1室1泊あたりの料金(サービス料込、税金込)です。

◆ お食事は含まれません。

お申込方法

ご希望の方は、申込書に必要事項をご記入の上、下記宛ファクスまたは郵送にてお送り下さい。

予約に際しましては、宿泊代金全額を申し受けます。

代金受領後、弊社より予約確認書をご送付申し上げます。

尚、2004年10月25日をお申込締切日とさせていただきます。

お支払方法

お申込みに際しましては、宿泊代全額を下記のいずれかの方法でお支払いください。

その他ホテルでのご利用代金は直接ホテルにてご精算頂きます。

クレジットカード 下記クレジットカードがご利用いただけます。

1.ビザカード 2.マスターカード 3.ダイナースカード 4.アメリカンエキスプレス 5.ジェイシービー

銀行振込 申込書のお支払方法欄の銀行振込希望をチェックして下さい。JTBより振込先及び振込額をご連絡申し上げます。

予約を変更・取消される場合には、ファックス等、書面にてお知らせ下さい。

取消の場合は、下記の規定に基づき取消料を申し受けます。

宿泊日の10日前以前-----無料
宿泊日の9日前より2日前まで-----1泊分の20%
宿泊日の前日-----1泊分の80%
当日以降-----1泊分全額

尚、予約の変更・取消にともなうご返金は会議終了後となります。予めご了承ください。

お申込およびお問い合わせ先

(株)ジェイティービー 国際旅行事業部「第2回日本胎児治療研究会」係(CD102079-001)

営業時間: 9:30～17:30 (除 土日および祝祭日)

〒140-8604 東京都品川区東品川2-3-11 ファックス:(03)5495-0685 電話:(03)5796-5445

第2回日本胎児治療研究会

宿泊申込書

送付先

〒140-8604 東京都品川区東品川 2-3-11

JTB国際旅行事業部 国際会議センター

「第2回日本胎児治療研究会」係

FAX: 03-5495-0685

申込締切日: 2004年10月25日

(フリガナ) 申込者名	-----	(フリガナ) ご所属名	-----
(フリガナ) 住所	〒-----		
電話:	ファックス:		

ホテル名	第一希望:	第二希望:
------	-------	-------

宿泊者名(フリガナ)	同室者名(フリガナ)	部屋タイプ	到着日	出発日	泊数
-----	-----	シングル ツイン	___月___日	~ ___月___日	___泊
-----	-----	シングル ツイン	___月___日	~ ___月___日	___泊
-----	-----	シングル ツイン	___月___日	~ ___月___日	___泊

お支払額

宿泊代金全額: ¥ _____ (1泊分料金) × _____ (室数) × _____ (泊数) = ¥ _____ (1)

上記金額を下記の方法にて支払います。

クレジットカード マスターカード ダイナースクラブ ビザカード アメリカンエキスプレス ジェイシービー

カードナンバー _____ 有効期限 ___年 ___月

所有者氏名 _____ 署名 _____

銀行振込 (JTBより振込先及び振込額をご連絡申し上げます。)

日付 _____ 署名 _____

申込書の北側を取り、控えとしてお持ち下さい。