

第31回日本静脈経腸栄養学会学術集会 託児室ご予約申込書

お申込期間: 2016年1月5日(火)～2月2日(火)

お申込日: 月 日()

以下の項目に必要な事項を全てご記入の上、下記のFAX送信先番号までご送信ください。

よみがな		
保護者様氏名		
ご所属		
ご連絡先(携帯電話番号) ※必ず連絡のとれる番号をご記入ください。		
FAX番号		
ご住所 ※マンション名、部屋番号までご入力ください。	〒	
	都・道 府・県	市・区 町・村
	(ビル・マンション名)	(部屋番号)
1	よみがな	
	お子様のお名前	
	お子様のご年齢・ご性別	歳 男 ・ 女
2	よみがな	
	お子様のお名前	
	お子様のご年齢・ご性別	歳 男 ・ 女
3	よみがな	
	お子様のお名前	
	お子様のご年齢・ご性別	歳 男 ・ 女
託児希望日 (託児希望日を○で囲んでください)	25日 ・ 26日 計()日間	
【25日】 託児希望時間(8:00～18:00の間)	<input type="checkbox"/> AM ~ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM : <input type="checkbox"/> PM :	
【26日】 託児希望時間(8:00～18:00の間)	<input type="checkbox"/> AM ~ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM : <input type="checkbox"/> PM :	
【キャンセルについて】 お申込締切日の2016年2月2日(火)13:00以降のキャンセルにつきましては、キャンセル料として5,000円を後日請求させていただきます。		
備考欄		

※定員に達し次第、お申込を締切らせていただきます。
 ※設備の関係上、託児室ではお食事のご用意はしておりません。事前にご用意ください。

FAX送信先番号 03-3431-7275