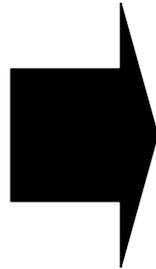


鹿児島県歯科医師協同組合・会員専用申込書

FAX:099-216-2530(旅行会社FAX番号)

組合員名	
会員コード	81-
〒	
御住所:	
TEL:	
FAX:	
携帯:	
E-mail:	
御担当者:	



(株)ホワイトドルフィン
鹿児島営業所
 〒892-0842
 鹿児島市東千石町5番8号KYビル3階
 TEL 099-216-2525
 TEL 099-216-2530
 E-mail:r.kawabata@whitedolphin.jp
 09:00~18:00(月~金)12:00(土)
 日・祝日は定休日

※↓ご予約されるものを○で囲んでください。(フェリー券・リムジンバス・海外旅行・格安航空券等もお問い合わせ下さい)
 航空券・宿泊・ホテルパック・JRチケット・高速バス・高速船

*交通手段

日付	便名	区	間	時間	※航空券のみの方 時間変更	※航空機ご利用の方 座席指定希望	
						前方	後方
/			—	:	有・無	前方 窓側	後方 通路
/			—	:	有・無	前方 窓側	後方 通路
/			—	:	有・無	前方 窓側	後方 通路
/			—	:	有・無	前方 窓側	後方 通路

*宿泊地

	ホテル名	日付	宿泊数	お部屋タイプ	たばこ
第一希望		/	泊	シングル・ダブル ツイン・トリプル	禁煙・喫煙
第二希望		/	泊	シングル・ダブル ツイン・トリプル	禁煙・喫煙

*御利用者名

フリガナ:	年齢	連絡事項		
①	男・女			
マイレージ番号:				
フリガナ:	年齢			
②	男・女	お渡し方法		
マイレージ番号:				
フリガナ:	年齢			
③	男・女			
マイレージ番号:		配達希望日		
フリガナ:	年齢	お支払方法		
③	男・女	①組合引去り		
マイレージ番号:		②現金又は振込		
		③クレジットカード		

旅行代金 ¥ 取消料 / ※飛行機のホテルパックお申込みは、出発日の前日から起算して7日前までの受け付けになります。