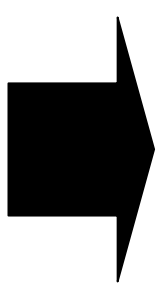


鹿児島県歯科医師協同組合・会員専用申込書

FAX:099-216-2530(旅行会社FAX番号)

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

※↓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	
/		—	:	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											
マイレージ番号:												
フリガナ:	年齢	<table border="1"> <tr> <th>お渡し方法</th> <th>配達希望日</th> <th>お支払方法</th> </tr> <tr> <td>郵送</td> <td rowspan="3">/</td> <td>①組合引去り</td> </tr> <tr> <td>来店引渡し</td> <td>②現金又は振込</td> </tr> <tr> <td></td> <td>③クレジットカード</td> </tr> </table>	お渡し方法	配達希望日	お支払方法	郵送	/	①組合引去り	来店引渡し	②現金又は振込		③クレジットカード
お渡し方法	配達希望日		お支払方法									
郵送	/		①組合引去り									
来店引渡し			②現金又は振込									
		③クレジットカード										
③	男・女											
マイレージ番号:												
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。								