

FAX : 03-4213-0214

第 12 回中四国免疫不全症セミナー (7 月 8 日土曜日)

参加交通手配申込書

ご施設名	
診療科名	
ご芳名	
メールアドレス	

<交通手配情報>

タクシー手配の有無 (区間)

※ (病院やご自宅) ~会場間等 (片道 5,000 円迄提供)

例、自宅 (松山市〇〇町) ~会場往復

公共交通機関の必要な場合

詳細確認の為、担当 MR より連絡をさせていただく事がございます

<往路>		※ご遠方の先生は乗り継ぎ便もご記載お願い申し上げます									
ご搭乗/乗車日		指定区間					→				
列車名・便名		発着時間		時		分	→		時		分
ご搭乗/乗車日		指定区間					→				
列車名・便名		発着時間		時		分	→		時		分
<復路>											
ご搭乗/乗車日		指定区間					→				
列車名・便名		発着時間		時		分	→		時		分
ご搭乗/乗車日		指定区間					→				
列車名・便名		発着時間		時		分	→		時		分

ご遠方 (県外) 参加の先生 宿泊希望 ・ 不要 ○印を記載ください

チケット送付先情報をご記載ください
郵便番号、住所 (ご自宅、医局等)、名前、

備考欄