【申込先】FAX:099-257-0115
e-mail(TO) :katsushi_suzuki@tobutoptours.co.jp
e-mail(CC):naoki_okamoto@tobutoptours.co.jp

東武トップツアーズ㈱鹿児島支店
TEL:050-9001-9776　担当:鈴木・岡本
営業時間:平日(月～金)9:30～17:30 ※土日祝休業

第45回 比較眼科学会年次大会

≪宿泊申込書≫

※旅行手配のために必要な範囲内での大会事務局・宿泊機関等への個人情報の提供について同意のうえ、以下の通り申し込みます。

<お申込み代表者>　更新日　2026年　月　日

フリガナ		フリガナ	
お名前		所属先	
ご住所	☐ 代表者住所　☐ 所属先住所　※どちらのご住所か☑を入れてください 〒　ー 県		
TEL		携帯番号	
FAX		e-mail	

<希望宿泊ホテル> 宿泊日:2026年8月29日(土) 宿泊条件:1名1室(シングルルーム)・1泊朝食付き

記入例	鹿児島ABCホテル	第1希望	
第2希望		第3希望	

※仮押さえホテル(5施設)の中よりお選びください。

<宿泊者名>

記入例	トウブ　タロウ 東武 太郎	☑男性 ☑禁煙 ☐女性 ☐喫煙	6		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙
1		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙	7		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙
2		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙	8		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙
3		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙	9		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙
4		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙	10		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙
5		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙	11		☐男性 ☐禁煙 ☐女性 ☐喫煙

※11名を超える場合はコピーをしてご利用ください。

【備考欄】その他、ご要望等ございましたらご記入ください。
例①) 前日8/28(金)の宿泊も同じホテルで手配してください。　例②) No5とNo6はツインルームで手配してください。など