

第5回 日本認知療法学会
HOTEL RESERVATION FORM
宿泊予約フォーム

Deadline : Friday Nov 25, 2005 ホテル予約締切:平成17年11月25日(金)

Please type or print and return this form by mail or fax to :

Registration Secretariat, Mecenat Travel Network Co., Ltd.

10-8 Nihombashi-Kodemmacho, Chuo-ku, Tokyo 103-0001 Japan

株式会社メセナトラベルネットワーク 〒103-0001 東京都中央区日本橋小伝馬町10-8

FAX:+81-3-5614-1471

Title (Please check one) Prof. Dr. Mr. Ms.

Family Name 氏 First Name 名 Middle Initial

Affiliation (Institution / Company and Department) ご所属・部署

Mailing Address 住所(Please check one): Office Home

Country

Postal Code

E-mail

Tel

Fax

Hotel Accommodations 宿泊申込

| Hotel Code 1st choice 第1希望 | Hotel Code 2nd choice 第2希望 | # of rooms部屋数 | Check-in date到着日 | # of nights泊数 |
|----------------------------|----------------------------|---------------|------------------|---------------|
| | | | | |

If a shared accommodation is required, please fill in your room partner's name: ツインでお申込の場合同室者氏名

Prof. Dr. Mr. Ms. Family Name 氏

First Name 名

Payment お支払方法(Please select one)

Credit Card クレジットカード Please charge the above total amount to my credit card 上記の金額を以下のカードで支払います

Type of Card: VISA Master Card UC Card

カード名

Card Number:

カード番号

Expiration Date: (Month 月)

有効期限

Card holder's Name: (in block letters 活字体で記入)

保有者名ローマ字

Card holder's Signature:

ご署名

Bank Transfer 銀行送金

I have remitted amount of JPY (金額) on (date 日付)

月日に(金額)送金しました

I hereby understand and agree to the conditions set forth in this application form and circular. 申込書案内文の内容に同意します

Signature ご署名:

Date お申込日:

The utility purpose of personal data on this application form. 申込書に記載された個人情報の利用目的

1. For the contact to the applicant. 申込みされたお客様との御連絡

2. For the hotel reservation of the applicant. 宿泊機関への手配

This application form is disposed of with the shredder after the conference ends.

この申込書は、会議終了後シュレッダー処理致します