

公益財団法人結核予防会募金推進部 蛭原宛

研修宿舎 利用申込書

(平成 30 年 3 月 7 日～9 日開催 H29 年度診療放射線技師研修会)

(ふりがな) 利用者氏名		結核研究所宿舎 宿泊希望日に○印			
		6 日(火)	7 日(水)	8 日(木)	
()	男・女	※前泊			

勤務先名

所属部署

(勤務先 TEL — —)

利用期間 チェックイン 3 月 日 ()

前泊希望の場合記入 → (宿舎到着予定 時 分頃)

宿舎受付は 17:00～19:00 の 2 時間のみになります。

チェックアウト 3 月 9 日(金) 宿泊数 _____ 泊

【宿泊中の緊急連絡先】ご本人様以外、勤務先電話以外でお願いします。

氏 名 _____ 続柄 ()

電 話 _____ (平日 8:30～17:00 以外の時間帯でつながるところ)

※ 前泊を希望される前に必ずお読みください。

・ 結核研究所研修宿舎 チェックインは、17～19 時までの 2 時間のみとなります。それ以外の時間は職員が不在ですので建物内に入ることはできません。時間内にお越しく下さい。

・ 宿舎までは清瀬駅からも時間がかかりますので、交通機関の遅延等を考えて余裕を持ってお越しください。

当日の交通事情により 19 時を過ぎる場合には必ず宿舎管理人に 19 時前までにご連絡ください。
(19 時を過ぎての時間外にお越しになった場合は宿泊が出来ません。業務の都合等で到着時刻が未定の場合は、前泊のお申込みはご遠慮ください。また、連絡のない場合はキャンセル料をいただきますのでご了承ください。)