

**第四回 中日本ライブデモンストレーション**  
**ホテルメトロポリタン高崎 宿泊申し込みフォーム**  
**FAX 番号:027-353-6123**

お申し込み代表者 氏名	
郵送物送付先のご住所	〒
施設名・企業名 所属科・所属部署	
FAX 番号(必ず記載下さい)	
電話番号 (日中連絡の取れる番号をお願いします)	

宿泊者 氏名 <small>*カタカナで記入して下さい</small>		性別	宿泊日		ツイン 希望は○	プレミア 希望は○	備考 (ツインは同室者名)
例	タカサキ タロウ	(男)・女	11/5 (金)	11/6 (土)			喫煙室希望 朝食付き
1		男・女	11/5 (金)	11/6 (土)			
2		男・女	11/5 (金)	11/6 (土)			
3		男・女	11/5 (金)	11/6 (土)			
4		男・女	11/5 (金)	11/6 (土)			
5		男・女	11/5 (金)	11/6 (土)			
6		男・女	11/5 (金)	11/6 (土)			
7		男・女	11/5 (金)	11/6 (土)			

《お問い合わせ》

中日本 PCI 研究会事務局 高瀬クリニック内  
 TEL:027-353-1156(11/2 まで 10時~17時)

ホテルメトロポリタン高崎  
 TEL:027-325-3311(11/3~11/6)