

< 予 約 申 請 書 >

名前(代表)

(男・女) TEL(携帯)

AT(オートマ車) ・MT(マニュアル車)

(いずれかに○をして下さい)

申込人数(代表者含む)

男: 名

女: 名

名前

TEL(携帯)

名前

TEL(携帯)

名前

TEL(携帯)

第1希望校

入校日(複数可)

宿泊プラン名

希望宿泊施設

金額(税込)

第2希望校

入校日(複数可)

宿泊プラン名

希望宿泊施設

金額(税込)

第3希望校

入校日(複数可)

宿泊プラン名

希望宿泊施設

金額(税込)

FAX送付先

株式会社学習院薬々会 大学売店宛

TEL・FAX:03-3985-1920

Mail: info-kabu@g-shinshinkai.co.jp