

### カードメディカル審査会申込書

氏名	
フリガナ	
ローマ字	(例：YAMADA, Taro)
性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日
IPIN 登録 No.	
郵便番号	
住所	
携帯電話	※審査会当日に連絡がとれる電話番号をご記入下さい。
E-mail	

【交通手段】※送迎の必要な方のみご記入下さい。

5月14日(金)は駅・空港着15:00までの対応となります。

往路	新幹線 ・ 飛行機
到着日時	月 日 ( 曜日) 時 分
到着場所	フライト No.
復路	新幹線 ・ 飛行機
出発日時	月 日 ( 曜日) 時 分
出発場所	フライト No.
車いすの台数	台
付き添い者	無 ・ 有 (氏名： )

【宿泊】※宿泊する方のみご記入下さい。

予約ホテル名	
宿泊日	5月 日～ 日まで

必要事項を記入の上、メールにてお申し込みください。

申込み先 : JWTA 担当 當間 寛 [hiroshi\\_toma@yahoo.co.jp](mailto:hiroshi_toma@yahoo.co.jp)

CCでJWTA事務局( [office@jwta.jp](mailto:office@jwta.jp) )へも送信してください。