

■お申し込み先 FAX番号【088-825-0170】

※お申込期限 4月14日(火)17:30迄

令和2年度 第46回 四国スイミングクラブ対抗水泳競技大会

【変更日① / 】

【宿泊・お弁当・シャトルバス 申込書】

【変更日② / 】

※旅行手配の為に必要な範囲内の大会事務局・宿泊機関への個人情報の提供について同意のうえ、本旅行に申し込みます。 ※変更の場合もこの用紙をご利用下さい。

●申込日： 令和 年 月 日

クラブ名		連絡先	〒(-)	
ふりがな			TEL	() -
申込責任者			FAX	() -
			当日担当携帯電話	() -

宿 泊			
		5月8日(金)	5月9日(土)
希望ホテル 申込コードを記入	第1希望		
	第2希望		
選 手	男	名	名
	女	名	名
監督・コーチ	男	名	名
	女	名	名
付添い・保護者等	男	名	名
	女	名	名
宿泊人員合計	男	名	名
	女	名	名

お 弁 当	
5月9日(土)	個
5月10日(日)	個

シャトルバス		
日付	区 間	人数(引率含む)
5月9日(土)	各ホテル ⇒⇒ 大会会場	名
	大会会場 ⇒⇒ 各ホテル	名
5月10日(日)	各ホテル ⇒⇒ 大会会場	名

※サザンシティホテルからの送迎はございません。

東武トップツアーズ株式会社 高知支店

TEL:088-875-2171 FAX:088-825-0170

担当者 : 坂東(バンドウ)・藤原(フジワラ)

※第2希望の宿泊施設も取れない場合はご連絡させていただきます。