



대한이비인후과학회

KOREAN SOCIETY OF OTOLARYNGOLOGY

우 137-070 서울시 서초구 서초동 1355-3 서초 월드 오피스텔 1508호
TEL: 02)3487-9091 FAX: 02)3487-9092 E-mail: entsoc@korl.or.kr Homepage :www.korl.or.kr



임원 (2005-2007)

이사장	장혁순
차기이사장	이철희
부이사장	배정보
부이사장	조현
총무이사	이병돈
고시이사	윤주현
수련이사	오승하
간행이사	정광윤
학술이사	홍성화
재무이사	노환중
보험이사	양훈식
의무이사	도남용
대외공보이사	김영모
기획이사	이봉재
개원이사	신창식
법제이사	봉정표
감사	이상흔
감사	심상열

(2006-2007)

회장	장선오
----	-----

제 81 차 학술대회

학술대회장	장선오
학술이사	홍성화
실행위원	
정원호	정종우
구자원	이호기
백무진	이상학
김성완	이홍만
김정수	홍일희
김영모	태경
정필상	선동일

문서번호 대이학 제 07-123 호

시행일자 2007. 03. 02

수신 대한이비인후과학회 회원 여러분

제목 제 81 차 대한이비인후과학회 학술대회 /

2007 춘계 대한이비인후과 개원의협의회 학술대회
숙박 안내

1. 회원 여러분의 건승을 빕니다.

2. 오는 2007년도 “제 81 차 대한이비인후과학회 학술대회 / 2007 춘계 대한이비인후과 개원의협의회 학술대회”는 2007년 4월 27(금)부터 29(일)까지 아래 장소에서 개최될 예정에 있으니 회원 여러분께서는 덧붙임 내용을 참고하시어 행사 참석에 차질이 없으시기 바랍니다.

< 아 래 >

가. 행사명 : 제 81 차 대한이비인후과학회 학술대회 /

2007 추계 대한이비인후과 개원의협의회 학술대회

나. 일자 : 2007년 4월 27일(금)~29일(일)

다. 장소 : 서울, 그랜드 힐튼 호텔(홍은동 소재)

라. 기타 : Residence Room의 경우 단체입실이 가능하며,
객실수는 한정되는 관계로 빠른 예약 부탁 드립니다.

* 덧붙임 : 1. 그랜드 힐튼 서울 호텔 위치 안내 1부.

2. 호텔 예약 신청 양식 1부. 끝.

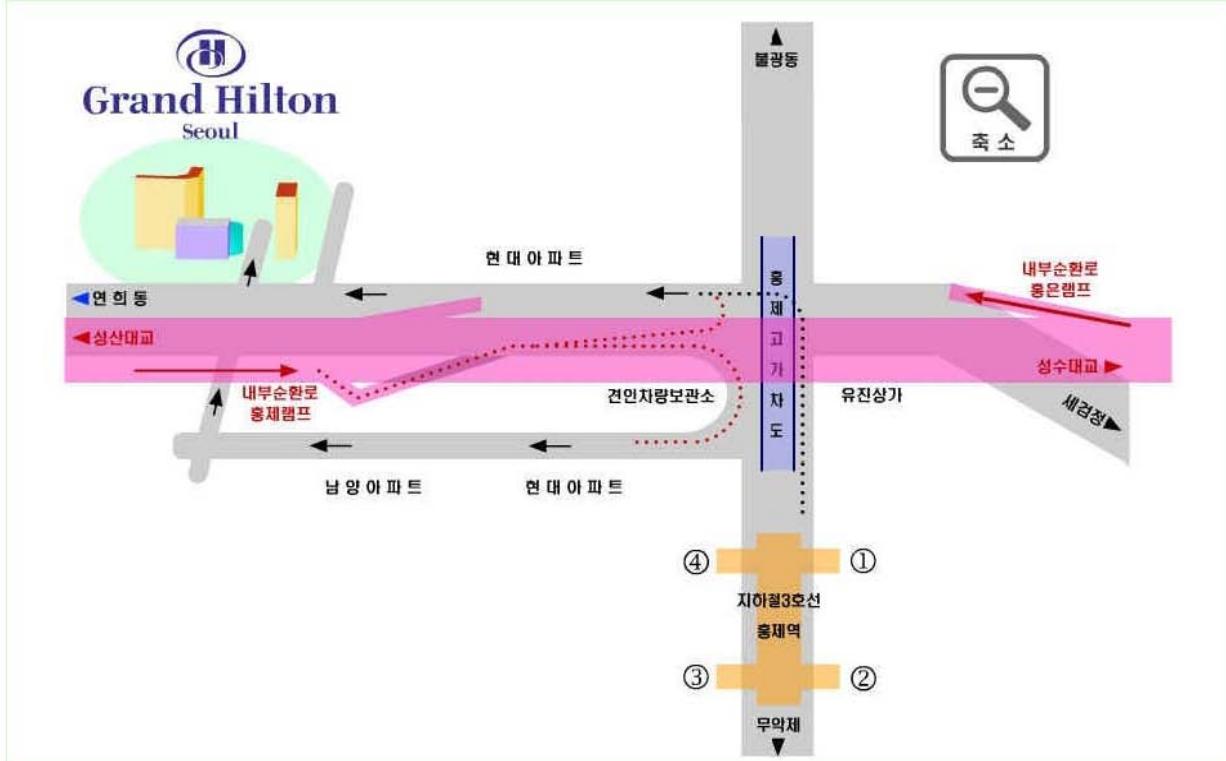
대한이비인후과학회 이사장 장혁순
제 81 차 대한이비인후과학회 학술대회장 장선오
대한이비인후과 개원의협의회 회장 최종욱

< 덧붙임 1 >

- 그랜드 힐튼 서울 호텔 위치 안내 -

* 주소 : 서울특별시 서대문구 홍은동 201-1

* 호텔 전화번호 : (02) 3216~5656



< 비행기 이용시 >

김포공항에서 지하철 5호선 타시고 종로 3가에서 지하철 3호선으로 환승하신 후 홍제역까지 오셔서 1번 출구로 나오신 후 국민은행 앞에서 호텔 셔틀버스를 탑승 하신 후 호텔 도착

< 고속버스 이용시 >

반포 고속버스터미널에서 지하철 3호선 탑승후 홍제역까지 오셔서 1번 출구로 나오신 후 국민은행 앞에서 호텔 셔틀버스를 탑승 하신 후 호텔 도착

< 철도 이용시 >

- 서울역에서 지하철 1호선 탑승시 종로 3가에서 지하철 3호선으로 환승하신 후 홍제역까지 오셔서 1번 출구로 나오신 후 국민은행 앞에서 호텔 셔틀버스를 탑승 하신 후 호텔 도착
- 서울역에서 지하철 4호선 탑승시 총무로역에서 지하철 3호선으로 환승하신 후 홍제역까지 오셔서 1번 출구로 나오신 후 국민은행 앞에서 호텔 셔틀버스를 탑승 하신 후 호텔 도착

* 마을버스 : 홍제역 2 번 출구 앞에서 1 번 버스

* 호텔 예약을 서둘러 주시기 바라며, 예약시 “대한이비인후과학회 학술대회 참가자”라고 말씀하셔야만 예약 할인을 받으실 수 있습니다.

< 덧붙임 2 >

그랜드힐튼서울호텔 객실예약신청서 (2007년 대한이비인후과학회 춘계학술대회)



Grand Hilton Seoul

우 120-710 서울특별시 서대문구 흥은동 201-1

Tel : 82-2-2287-8429

Fax: 82-2-2287-8095

e-mail : rm_grand-seoul@hilton.com

수신인 : 이선희 예약실

이 양식지를 기재하신 후 E-mail이나 Fax로 그랜드힐튼서울 호텔로 보내 주시기 바랍니다.

투숙자 정보

성명(한글) :	영문성명 :	성별 : 남 / 녀
소속병원명 :		
긴급연락전화번호(이동전화번호)		
이메일주소 :		

숙박 일정

Check-in (년/월/일) (Check-in: 14:00)	Check-out (년/월/일) (Check out: 12:00(정오))
---------------------------------------	---

객실 선택

1. 아래 란에 원하시는 객실 타입을 선택하여 v 표를 하여 주시기 바랍니다.

HOTEL	1 인 1 실(Single)/day	254,100 원(VAT/봉사료 포함)	
	2 인 1 실(Twin/Double)/day	254,100 원(VAT/봉사료 포함)	
	Executive Floor Room/day	314,600 원(VAT/봉사료 포함)	
RESIDENCE	3 Bed Room(4 명투숙가능) / day	387,200 원(VAT/봉사료 포함)	
	4 Bed Room(5 명투숙가능) / day	459,800 원(VAT/봉사료 포함)	
기타선택사항	흡연	금연	Double Bed
기타요청사항			Twin Bed

숙박 결제 정보

카드종류 : <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Diners Club <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> Others					
결제하실 신용카드번호 :					
신용카드 유효기간 (월/년) :					
신용카드 소지자 성명 :					
예약마감일		투숙 예정일 2주전 까지 예약 완료 하셔야 합니다.			
예약취소 시 수수료		투숙 예정 24시간 이전 취소 시 1박의 객실비용을 지불하셔야 합니다.			
신청자 서명란 :					
Hotel Use Only (호텔 담당자 기입란)					
예약번호 :		예약담당자 :			날짜 :