

デンマーク高齢者ケア 視察研修（3月13日出発）

ご参加申込書

近畿日本ツーリスト株式会社

近畿日本ツーリスト(株) トラベルサービスセンター東日本
「デンマーク高齢者ケア現地視察研修」係
FAX:03-6730-3229
Email:tourdesk113@or.knt.co.jp

※別紙パンフレットに記載の旅行条件及び旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関その他への個人情報の提供について 同意の上、以下の旅行に申し込みます。

※この申込書は渡航書類を作成する台帳になりますので、必要事項を正確に楷書でご記入下さい。

※参加申込書に必要事項をご記入の上、有効なパスポートのコピー(写真のページ)と一緒に、上記宛へFAXにてご送付下さい。その際、お電話にて着信をご確認くださいようお願い申し上げます。電話番号:03-6730-3220

★お申込締切日：1月29日（金）（但し定員に達し次第締切ります） お申込日： 年 月 日

一人部屋	・希望しません ・希望します (追加30,000円)	ビジネスクラス	・希望しません ・希望します	たばこの習慣	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙
------	-------------------------------	---------	----------------	--------	--

ふりがな		国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()
お名前	(男・女)	生年月日 ご年齢	西暦 年 月 日 (歳)
パスポートネーム (ローマ字)	パスポート記載通りに 姓/Family Name 名/Given Name		
ご自宅住所	〒 -	TEL	()
		FAX	()
E-mailアドレス		携帯TEL	()
渡航中の 国内ご連絡先 (ご家族に限ります)	〒 -	様(続柄)	TEL ()

※勤務先		※お役職	
※勤務先部署		※メールアドレス	
※所在地	〒 -	※TEL	()
		※FAX	()

旅行代金請求先	<input type="checkbox"/> 上記所属会社 <input type="checkbox"/> 他請求先(具体的にご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 個人
---------	---	-----------------------------

お部屋割のご希望	<input type="checkbox"/> 同室希望 (様)
----------	---------------------------------------

書類のご送付先	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> ご勤務先	<input type="checkbox"/> その他()
---------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

日中のご連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> ご勤務先	<input type="checkbox"/> 携帯番号	<input type="checkbox"/> E-mail	※可能な連絡先全てにチェックをお願いします。
---------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------

予約確認書 送付先FAX	お申込書・お申込金のご入金をもって、正式な申込みとなります。正式申込受付後確認書をFAXにてお送りさせていただきます。 送付先FAX番号をご記入ください。 送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 FAX番号()
-----------------	---

● パスポート(旅券)について

パスポート (旅券) の有無	<input type="checkbox"/> 今回の旅行に有効な旅券を持っている	★今回の旅行には 2016年6月27日まで有効な機械読取式パスポートが必要です。 ・未使用査証欄1ページ以上が必要となります。 ・パスポートコピー(顔写真ページ)も一緒にFAXをお願いします。		
	<input type="checkbox"/> 申請中 → 右記にご記入ください	申請・受領予定日	(西暦) 年 月 日	申請予定 受領予定

ご連絡欄(ご希望、食品アレルギーなどのご連絡事項)

--

