

デンマーク高齢者ケア 現地視察研修（3月12日出発）

ご参加申込書

近畿日本ツーリスト株式会社御中

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視察研修」係

FAX:03-6730-3229

Email:tourdesk63@or.knt.co.jp

※別紙パンフレットに記載の旅行条件に同意します。また、旅行手配およびお客様との連絡

等のために必要な範囲内での運送・宿泊機関、本ツアーで提携の団体・企業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

お申込日: 年 月 日

★お申込締切日: 1月31日(火) (但し定員に達し次第締切ります)

一人部屋	・希望しません ・希望します (追加24,000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)	〒 -	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
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 2017年6月18日以降も有効な機械読取式パスポートが必要です。 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)

