

デンマーク高齢者ケア現地視察研修参加申込書

※渡航書類を作成する台帳となりますので
正確に楷書でご記入ください。

個人情報について：弊社は、ご記入いただきましたお客様の個人情報について、お客様との連絡に利用するほか、お客様がお申し込みいただいた旅行の手配において必要な範囲内で運送・宿泊機関及び手配代行者に提供いたします。詳しくは別途お渡しする「個人情報の取り扱いについて」にてご確認ください。また、弊社及び弊社と提携する企業の商品やサービス、キャンペーン等のご案内に利用する場合もございます。

(案内がご不要の方は右にレ印をご記入ください。 □)

旅行のお申し込みについて：別途お渡しする「旅行条件書」と「個人情報の取り扱いについて」を必ずお読みいただき、□にレ印をご記入のうえ、お申し込みいただくようお願いいたします。

□ 「旅行条件書」に記載の旅行条件と「個人情報の取り扱いについて」に同意のうえ、以下の旅行を申し込みます。

★お申し込み締切日：2018年8月17日（金）定員になり次第締め切ります 記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日			年齢	性別
氏名(漢字)	西暦	年	月	日	歳 □ 男 □ 女
パスポート	<input type="checkbox"/> 持っていない (□ 申請予定日 年 月 日 □ 受領予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> この旅行に有効なパスポートを持っている (2019年1月5日以降も有効な機械読取式パスポートが必要です。お持ちの方は下欄にご記入のうえ、写真ページのコピーも一緒にお送りください。)				
パスポート記載のローマ字氏名	姓 : S u r n a m e	名 : G i v e n n a m e		国籍	
フリガナ					
現住所	〒	—	—	—	—
	都道	市区			
	府県	町村			
連絡先	TEL: — —	FAX: — —			
	携帯: — —	E-mail: @			
ご旅行中の国内連絡先	氏名	続柄			
	TEL: — —	携帯: — —			
勤務先名	勤務先部署名		役職		
勤務先住所	〒	—	—	—	—
	都道	市区			
	府県	町村			
	TEL: — —	FAX: — —			
予約確認書送付先 FAX	<input type="checkbox"/> ご自宅 FAX □ 上記勤務先 FAX <input type="checkbox"/> その他 FAX (— —)		日中連絡先	連絡可能なすべてにチェックをいれてください。 <input type="checkbox"/> ご自宅 □ 上記勤務先電話 <input type="checkbox"/> 携帯 □ E-mail	
書類送付先	<input type="checkbox"/> ご自宅 □ 上記勤務先 <input type="checkbox"/> その他 () 〒 -		請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記勤務先 <input type="checkbox"/> その他 () 〒 -	
お部屋割り	<input type="checkbox"/> 1人部屋 (追加料金 55,000円) □ 2人部屋 (同室希望者あり) 様) ※このツアーでは相部屋利用は受け付けておりません。奇数でのご参加は、どなたかが1人部屋利用となり、1人部屋追加料金を申し受けます。				
ビジネスクラス	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	発着地	<input type="checkbox"/> 成田空港 <input type="checkbox"/> 関西国際空港	喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない
旅行保険	日通旅行では万一の怪我や病気・盗難などの事故に備えて旅行保険へのご加入をおすすめいたします。 <input type="checkbox"/> 日通旅行で申し込む □ 他社で申し込む □ 保険は申し込まない				
健康上の理由等により特別な配慮が必要な方はこの欄にご記入ください。その際、お客様の身体情報、健康状態などの機微な個人情報を弊社にご提供いただくことに同意のうえ、記名・捺印をお願いいたします。					
ご氏名					印

送付先：日通旅行株式会社 総合営業部 企画販促課「デンマーク高齢者ケア現地視察研修」係

F A X : 03-3573-8349 お手数ですが送付後、お電話にて着信確認をお願いいたします。TEL : 03-3573-8353