

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。

ご記入日 年 月 日

フリガナ			生年月日	年齢	性別
氏名(漢字)			西暦 年 月 日	出発日時点で 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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
パスポート 番号			有効期間 満了日	西暦 年 月 日 今回の旅行では 2018年3月10日以降である ことが必要です	
フリガナ					
現住所	〒 都道府県 市区町村				
連絡先	TEL: — —		FAX: — —		
	携帯: — —		E-mail: @		
勤務先名	勤務先部署名		役職		
勤務先住所	〒 都道府県 市区町村				
ご旅行中の 国内連絡先	氏名	続柄			
	TEL: — —		携帯: — —		
日中連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
書類送付先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 (〒 - )				
お部屋割り	<input type="checkbox"/> 1人部屋 (追加代金 円) <input type="checkbox"/> 2人部屋 (同室希望者あり 様) <input type="checkbox"/> 2人部屋 (同室希望者なし) ※同室希望者なしを選択されても、最終的に1人部屋利用となった場合は、1人部屋追加代金を申し受けます。あらかじめご了承ください。				
ビジネスクラス	<input type="checkbox"/> 希望する (追加代金 円) <input type="checkbox"/> 希望しない		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 <input type="checkbox"/> 他社で申し込む <input type="checkbox"/> 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 総合営業第一課「デンマーク高齢者ケア現地視察研修」係

FAX：03-3573-8214 申込締切日：2018年1月31日(火)