

デンマーク高齢者ケア 視察研修（10月1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:tourdesk68@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、旅行手配やお買い物の便宜等のために必要な範囲内で運送・宿泊機関等(海外の機関等を含む)、保険会社、海外免税店等へ個人情報の提供について同意のうえ、以下の旅行に申し込みます。

※参加申込書に必要な事項をご記入の上、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：8月21日（月）（但し定員に達し次第締切ります） お申込日： 年 月 日

一人部屋利用	・希望しません	・希望します (29,000円)	たばこの習慣	<input type="checkbox"/> 禁煙
ビジネスクラス利用	・希望しません	・希望します		<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
予約確認書 送付先FAX	※可能な連絡先全てにチェックをお願いします。			
	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		★今回のご旅行には 2018年1月8日まで有効な機械読取り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

ご連絡欄(ご希望、食品アレルギーなどのご連絡事項)

