

別紙又は裏面 取引条件説明書面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・宿泊機等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。

参加申込書

(渡航手続きのためのお伺い)

台帳転記日

旅行名 (ツアー名) 9月19日出発

響きの杜クリニック 北京

入力

お申込年月日

2009年 月 日

ふりがな			出生地	<input type="checkbox"/> 既婚 (旧姓)
氏名			道都 県府	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他()
ローマ字 パスポートと同じ			生年月日 / 大正 昭和 平成 年 月 日(西暦 年)	
ふりがな				電話番号
現住所	〒 -			市外局番() - 携帯 () -
勤務先 (学校名)	名称			役職名
	ご住所	〒 TEL() - /FAX() -		
ご旅行中の 国内連絡先	ご住所	〒 TEL() - /FAX() -		
	氏名			続柄
旅行に関する 郵便物 連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他の住所		喫煙について	<input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 喫煙しない
旅券 パスポート	現在有効な旅券を お持ちの方	※顔写真のページのコピーを添付してください。 旅券NO _____		発行 年月日 年 月 日
	パスポートをお持ちでない方	申請日(予定日): 月 日		受領予定日: 月 日
お一人部屋希望 (追加料金申し受けます)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		ツイン・トリプルの 場合の同室者名	
<その他ご要望がありましたらご記入ください。例：成田空港発着希望など>				

*申込書は 響きの杜クリニックまでご提出下さい。 FAX 011-632-8333