

第三回響きの杜中国医療体験ツアー
参加申込書

〒064-0802 札幌市中央区南2条西27丁目1-9



響きの杜クリニック
Tel 011-632-8331
Fax 011-632-8333

治療コース 体験コース 体験+観光コース お申し込み年月日 2010年 月 日

延泊希望 5月 日まで ※千歳発着便は水・土曜日のみとなります。

ふりがな 氏名				<input type="checkbox"/> 既婚 (旧姓)	
		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 未婚	
ローマ字 パスポートと同じ				生年月日 19 年 月 日	
ふりがな		連絡先			
現住所		〒		Tel () - 携帯 () - メールアドレス PC: 携帯:	
勤務先	名称				
	ご住所	〒	Tel () -	/Fax () -	
ご旅行中の 国内連絡先	氏名			続柄	
	ご住所	〒	Tel () -	/Fax () -	
旅券 パスポート	お持ちの方	旅券番号	年 月 日 発行 ※入国時から15日以上以上の残存期間が必要です		
	お持ちでない方	申請日(予定日): 月 日 受領予定日: 月 日			
	※パスポートの顔写真ページのコピーを添付してください。				
お一人部屋希望 (追加料金22,000円)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		ツイン・トリプルの 場合の同室者名	
発着地	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> その他 ()		喫煙について	<input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 喫煙しない	

<その他ご要望がありましたらご記入ください>

響きの杜中国医療を体験する会 入会申込書

私は響きの杜中国医療を体験する会に入会いたします

年 月 日 氏名