

* 申込書送付先: 日通旅行(株)団体営業部営業第2課(担当: 望月、前川)FAX: 03-5621-8291

	第39回 欧州食品衛生調査団 参加申込書	平成26年10月26日ご出発
	お申込日 月 日	

当社は、ご記入いただきましたお客様の個人情報を、お客様との連絡、旅行の手配に必要な範囲内での運送・宿泊機関等への提供及び手配代行者への委託を行います。詳しくは、「個人情報の取り扱いについて」にてご確認ください。また、当社及び当社と提携する企業の商品やサービスのご案内等にご利用させていただきます。(不要な方は右口にレ印を記入ください。 □)
 日通旅行(株)御中 別紙旅行条件書に記載の旅行条件に同意のうえ、以下の旅行を申込みます。

「個人情報の取り扱いについて」に <input type="checkbox"/> 同意します。(同意いただける場合は口を塗りつぶすかレ印をつけてください)		
ご旅行者	フリガナ 漢字氏名	旅券(パスポート)の訂正欄にローマ字が記載されている場合はこちらにもご記入ください。⇒
	旅券(パスポート)記載のローマ字氏名 姓	※必ず旅券(パスポート)を確認ください。 名
	生年月日 西暦(昭和・平成) 年 月 日 年 年齢	性別 男 女 出発日時点で 才
	性別 男 女	出発日時点で 才
ご自宅	〒 ▽マンション、アパート名、棟、号などを必ずご記入ください。	
	フリガナ ご住所 都道府県	
	電話番号 メールアドレス	
	ファックス番号 携帯電話番号	
	フリガナ 名称・所属部署・役職	英文
勤務先	フリガナ ご住所 都道府県	
	電話番号 メールアドレス	
	ファックス番号	
	〒 国内連絡先 ご住所 電話番号 関係	※連絡が取り易い番号をご記入ください。
当社からの書類のご送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		お部屋割 <input type="checkbox"/> 1人部屋(※追加料金要) <input type="checkbox"/> 2人部屋 同室希望者() *同室希望がない場合は、事務局に一任いただきます。
当社からの電話連絡先(平日9:30~17:30頃) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他()		
渡航必要書類・旅券(パスポート)について		ビジネスクラスについて ※追加料金要
・旅券番号 ・発行年月日 ・有効期間満了日		<input type="checkbox"/> 希望する(窓側席・通路側席) *ご希望に添えない場合があります。 <input type="checkbox"/> 希望しない
お申込の旅行に必要な旅券(パスポート)の残存期間は、 2015年2月2日まで です。ご自身の旅券をご確認ください。		
海外旅行傷害保険 弊社では、万一の怪我や病気、盗難などの事故に備えて加入いただくことをお勧めします。 <input type="checkbox"/> 加入を希望する。 <input type="checkbox"/> 保険は申し込まない。 <input type="checkbox"/> ご自身で手配する。 ※後日、申込書類をお送りします。		
通信欄 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。 身体情報、健康状態などの機微な個人情報の取得について <input type="checkbox"/> 同意します / <input type="checkbox"/> 同意しません	備考欄 ※国内線、前泊等予約のご希望ございましたらご記入ください。	

ご記入上のご注意

- ※ 参加申込書ご提出後に記載内容に変更が生じた場合は、電話などで必ずご連絡願います。
- ※ この参加申込書は、企画旅行契約の成立を証するものではありません。企画旅行契約は弊社がお申込を受諾し、申込金を受領した時に成立いたします。成立年月日は申込金領収書の発行年月日といたしますが、銀行振込の場合には領収書は銀行の発行する振込み金受領書をもって代えさせていただきます。