

近畿日本ツアリスト株式会社御中 別紙パンフレットに記載の旅行条件に同意します。また旅行手配およびお客さまとの連絡等のために必要な範囲内での運送・宿泊機関、本ツアーで提携の団体・企業への個人情報提供について同意の上、以下の旅行に申し込みます。
 ※この申込書は渡航書類を作成する基本データになります。もれなく正確に楷書でご記入ください。

お申込日: 月 日

11/1 発 第40回 米国食品衛生調査団 ご参加申込書					9/7(月) までに必着・締切	
フリガナ	姓	名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	国籍	喫煙について	
氏名 (漢字)				<input type="checkbox"/> 日本国籍 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙	
パスポート のローマ字	姓/Surname	名/Given Name		生年 月日	西暦 (<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日)	
フリガナ	〒 -					
ご自宅	TEL: - -					
勤務先	会社名	部課所名				
	(英文)	(英文)				
	役職	職業		<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 会社社長 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 団体職員 <input type="checkbox"/> 団体役員 <input type="checkbox"/> その他()		
	(英文)					
	フリガナ	〒 -				
	所在地	TEL: - - FAX: - -		携帯電話: - -		
	E-mail	@ パソコンからのメール受信可能なアドレス				
弊社からの 日中のご連絡先	<input type="checkbox"/> ご本人 ⇒ <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご担当窓口(様宛) ⇒ <input type="checkbox"/> E-Mail @ TEL: - -					
書類送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <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()		
ご請求書送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> その他()		ビジネス クラス	<input type="checkbox"/> 希望する (※追加料金要) (窓側・通路) <input type="checkbox"/> 希望しない ※ご希望される前に、近畿日本ツアリスト担当者までお問い合わせ下さい。		
渡航中の国内連絡先 (ご家族に限ります)	氏名 (続柄:)★ご家族に限ります。		住所: TEL: - -			
【パスポート】 2015年11月8日以降も有効なパスポートをお持ちですか？						
<input type="checkbox"/> 持っている ⇒ 有効期間満了日: 年 月 日 当参加申込書とあわせてパスポートコピーをお送りください。						
<input type="checkbox"/> 持っていない、または申請中 ⇒ 取得日: 月 日 受領次第、パスポートコピーをお送りください。						
備考	その他お食事のアレルギー制限やご連絡事項などございましたらご記入ください					

※前泊、国内交通、保険等に関しましては、お申込みいただきました後、別途近畿日本ツアリストよりご案内させていただきます。