

近畿日本ツーリスト株式会社 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・企業への個人情報の提供および名簿作成について同意の上、以下の旅行に申し込みます。

申込締切
8月2日(金)

FAX:03-6730-3229 担当:トラベルサービスセンター東日本 深町・會澤行

ヨーロッパ自動車関連流通視察 ご参加申込書 1枚目

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

フリガナ	(姓)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()	煙草	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙
氏名 (漢字)								
パスポート Name (ローマ字)	(姓/Surname)	(名/Given Name)	生年 月日	西暦	年	月	日	(年)

フリガナ								
現住所	〒 -							
電話番号	- -			FAX番号	- -			

所属先	職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社社長 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> その他()							
	会社名	(漢字)					所属 団体		
		(英文)							
	部課所名	(漢字)			役職	(漢字)			
		(英文)				(英文)			
	フリガナ								
	所在地	〒 -							
電話番号	- -			FAX番号	- -				

渡航中の 国内連絡先 (ご家族に 限ります)	氏名	続柄						
	住所	〒 -			電話番号:	- -		

■2014年3月20日以降も有効期限が残っており、査証余白欄が見開き2ページ以上あるパスポートをお持ちですか？

パスポートの有無 有効期限について	<input type="checkbox"/> 持っている ⇒ 2枚目にパスポートコピーを貼り付けお送りください。 ★パスポートの更新予定がある場合、必ず連絡をお願いいたします。
	<input type="checkbox"/> 持っていない、または申請中⇒ 申請予定: 月 日 受領予定: 月 日 ※受領次第、2枚目にパスポートコピーを貼り付けお送りください。

お部屋割り について	<input type="checkbox"/> 2名1室を希望する (<input type="checkbox"/> 同室希望者 氏名 様) *他の会社のお客さまとの相部屋は取扱いいたしません。 <input type="checkbox"/> 1人部屋を希望する (別途お一人様68,000円かかります) ※部屋数に限りがあり、ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。
ビジネスクラス について 全日空区間のみ	<input type="checkbox"/> 希望する(別途お一人様458,000円かかります。) ※お席に限りがございます。 ⇒座席希望: <input type="checkbox"/> 通路側 <input type="checkbox"/> 窓側 <input type="checkbox"/> 希望なし ※ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。
国内線乗り継ぎ について	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 大阪(<input type="checkbox"/> 伊丹 <input type="checkbox"/> 関空) <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> その他() ※料金等の詳細は後日ご案内いたします
海外旅行保険 について	<input type="checkbox"/> 近畿日本ツーリストに申込みする ⇒ 後日パンフレットをお送りいたします。 <input type="checkbox"/> 申込しない (<input type="checkbox"/> 自社手配 <input type="checkbox"/> 全く加入しない <input type="checkbox"/> その他)

※2枚目もご記入の上送信ください。

ヨーロッパ自動車関連流通視察 ご参加申込書 2枚目

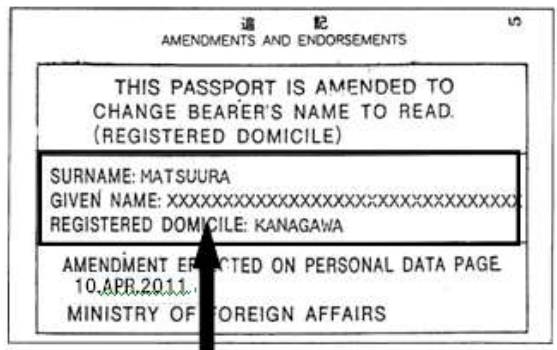
お名前	
日中の連絡先について	<input type="checkbox"/> 所属先(連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 現住所(連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 携帯電話(連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> E-mail(連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> その他連絡事項() ★連絡先の指定がない場合は所属先・現住所・携帯番号いずれかへご連絡いたします。ご了承ください。
書類送付先について	<input type="checkbox"/> ご本人様(<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 現住所) <input type="checkbox"/> 窓口ご担当者様(お名前: _____ 部署役職: _____) 電話: _____ 住所: 〒 _____) ★書類送付先のご指定がない場合は、ご本人様所属先住所へお送りいたします。ご了承ください。
請求書送付先について	<input type="checkbox"/> ご本人様(<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 現住所) <input type="checkbox"/> 窓口ご担当者様(お名前: _____ 部署役職: _____) 電話: _____ 住所: 〒 _____) ★書類送付先のご指定がない場合は、ご本人様所属先へお送りいたします。ご了承ください。
備考	

パスポートコピーをこの欄に貼付してください

【顔写真ページ見本】 ↴



【追記ページ見本】 ↴



お名前の訂正をおこなった方は、追記のページも併せてご返送ください。↴