

申込締切 2018年4月12日(木) 但し、定員20名に達し次第締め切ります。

●参加申込用紙「第1回ドイツの介護保険・認知症ケア視察団」

参加者氏名	和文	□ Mr. □ Mrs. □ Miss						生年月日	大昭平 (西暦 年 月 日)
	フリガナ								
現住所	〒						携帯		
							TEL		
							FAX		
勤務先							役職		
勤務先所在地	〒						TEL		
							FAX		
Eメールアドレス									
緊急時の連絡先 (留守宅連絡先)	氏名					本人との関係		TEL	
	住所								
パスポート □申請中	パスポート番号							ビジネスクラス利用希望	
	有効期限	西暦	年	月	日	□なし □あり(追加料金: 約55万円。予約時により異なります。座席希望: □通路側、□窓側)			
1人部屋使用希望	□あり(追加料: 88,000円) □なし				同室希望者名				
申込金(8万円)	年	月	日	銀行	書類の送付先		□勤務先 □自宅		
				支店から振り込みます					

※お申込み方法: お申込みは郵送又はFAXでも結構です。FAXの場合、着信確認のため送信後にお電話下さい。
 ※送付先: 株式会社トラベルパートナーズ「第1回ドイツの介護保険・認知症ケア視察団」担当者宛
 FAX番号: 03-5645-3775(着信確認電話番号: 03-5645-3700) 営業時間: 平日 10:00-18:00(土日祝: 休業)
 ※有効なパスポートをお持ちの方は、申込時にパスポートの顔写真のページのコピーもお送りください。また、婚姻等で追記欄に記載のある方は、そのページのコピーもお送りください。