

申込締切 2018年5月10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6回 オランダで学ぶ認知症ケア・高齢者住宅視察団」

参加者氏名	和文	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Miss						生年月日	大昭平	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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 通路側、 <input type="checkbox"/> 窓側)					
1人部屋使用希望	<input type="checkbox"/> あり (追加料: 110,000円) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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6回 オランダで学ぶ認知症ケア・高齢者住宅視察団」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