

申込締切 2019年3月20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<ドイツの「ケアと住まい(共同居住住宅)」「終末期の医療・介護」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									(西暦)		(年)
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: 65,000円) <input type="checkbox"/> なし					同室希望者名						
申込金(8万円)	年	月	日	銀行	支店から振り込みます			書類の送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅			

※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<ドイツの「ケアと住まい」「終末期の医療・介護」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。