

お申込締切 2018年7月18日(水)

●参加申込用紙 「第5回イギリスで学ぶ、スコットランド認知症ケア視察団」

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	(西暦年)
	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: 95,000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5回イギリスで学ぶ、スコットランド認知症ケア視察団」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)

※パスポートをお持ちの方は、申込時にパスポートの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。