

平成19年度 海外障害福祉事業研修団 参加申込書

※パスポートのコピー(写真のページ)と一緒に
FAXにてお申し込みください。

申込書送信先:

(株)JTB首都圏 品川支店 担当:宮内・斎藤
FAX: 03-5796-6026
TEL: 03-5796-6025

※記入事項につきましてはわかりやすく楷書でご記入ください。

参加者氏名	フリガナ -----			性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (才)	本籍地		出生地	
現住所 (自宅)	フリガナ 〒			TEL	- -
				FAX	- -
				携帯	- -
勤務先	和文	名称:	部課名:	役職名:	
	英文	名称:	部課名:	役職名:	
	住所	フリガナ 〒		TEL	- -
渡航中の 緊急連絡先	氏名	フリガナ -----		続柄	
	住所	フリガナ 〒		TEL	- -
旅券 (パスポート) について	旅券番号:	発行年月日: 年 月 日			
	氏名(アルファベット):	有効期間満了日: 年 月 日			
	現在申請中の方 受領予定日		年 月 日		
国内線利用希望の有無(乗り継ぎ便) { JAL便に限り 大阪・名古屋(往復) ¥15,000 } 札幌・福岡・沖縄(往復) ¥20,000 } ※有りの方は希望出発地に○印を付け、ご指定の便・時間をご記入ください。 特にご指定が無ければ乗り継ぎの良い便にて手配いたします。	有 ・ 無	希望出発地: 札幌・名古屋・大阪・福岡・沖縄 往路 便名・時間: (/) 便 時発 復路 便名・時間: (/) 便 時発			
出発前日の宿泊希望の有無(成田空港付近) { 1泊朝食付 ¥8,000~¥10,000程度 }	有 (Aシングル・Bツイン) ・ 無				
1人部屋利用希望の有無 [¥38,000]	有 ・ 無				
喫煙習慣(航空機は全席禁煙となります。ご了承ください)	有 ・ 無				
同室者希望の有無(同室希望の指定のある方のみご記入ください)	氏名:				

●個人情報の取扱について

- 当社及び販売店は、旅行申込の際に提出された申込書等に記載された個人情報について、お客様との連絡のために利用させていただくほか、お客様がお申し込みいただいた旅行において運送・宿泊機関等の提供するサービスの手配及びそれらのサービスの受領のために手続に必要な範囲内で利用させていただきます。
- 当社は、現地視察先より要請があった場合、当社の保有するお客様の個人情報を提供することがあります。この場合、お客様の氏名、お勤め先等に係る個人情報をあらかじめ電子的方法等で送付することによって提供いたします。
- 当社は、旅行先でのお客様のお買い物等の便宜のため、当社の保有するお客様の個人情報を土産物店に提供することがあります。この場合、お客様の氏名、パスポート番号及び搭乗される航空便名等に係る個人情報をあらかじめ電子的方法等で送付することによって提供いたします。なお、これらの個人情報の提供の停止を希望される場合は、お申込店に出発前までにお申し出ください。