



Travel Partners

**「春休みアメリカ看護短期研修 2017」申込書****申込締切 2017年2月3日(金)**

\* 以下の必要事項を全てご記入ください。

申込日 201 年 月 日

<b>2017</b>				性別	女 ・ 男	
氏名				国籍		
ローマ字				出生地		
生年月日	19 年 月 日	年齢	才			
ふりがな						
現住所		〒				
電話番号				携帯電話		
連絡用 E-mail アドレス * 必ず記入してください				FAX 番号	(自宅・勤務先)	
ふりがな				学科と学年	学科 年	
学校名称				卒業予定年	20 年 月 予定	
ふりがな						
学校所在地		〒				
		TEL:				
旅行中連絡先 (ご実家)	ふりがな			本人との続柄		
	氏名			電話番号		
	ふりがな					
	住所	〒				
パスポートの有無	① 有効なパスポートあり			旅券 No.		
	② 有効なパスポートなし			有効期限:	年 月 日まで	
● オプションツアー(ユニバーサルスタジオ)の参加を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない						
● アメリカ入国に際し、ESTA 渡航認証を受けなければいけません(登録料 \$ 14)。弊社にて代行認証登録を行ないますが、別途手数料として ¥ 2,160.- ががかかります。既に有効な ESTA 認証をお持ちの方は下記にご記入下さい。 (過去 2 年以内に米国へ渡航歴がない、パスポートを更新した場合は「ない」に☑してください) 有効な ESTA 認証登録が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない → ESTA 認証登録代行業を <input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない、自己責任にて自分で登録する						
ローン希望の方には、別途案内書を送ります。(ローン手続き手数料 ¥ 6,480.- 要) 分割払いローン希望: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の場合借りたい金額(ご旅行代金内の金額です) → _____ 円						
● 最終旅行資料の送付先希望 (送付は出発の 7~10 日前頃を予定しています) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 帰省宅 (実家)						
私は、このプログラムに参加するに際し、パンフレットに示されたプログラムの内容、参加費用及び条件を確認し、私または下記に署名する私の保護者が責任を持って示された期日までに参加費用を指定の方法で支払います。プログラム参加中は現地プログラム履行者の指示に従い、団体行動に協力します。また、プログラム開始前及び開始後、協力団体または講師、視察医療施設の指示により、パンフレットに示された日程、スケジュール、レクチャー内容、視察先の変更があることに同意します。私は、プログラム参加中、病気やけがの際、適切な医療施設での診断、治療を認めるとともに宜しく処置くださるようお願い申し上げます。私は、緊急時に備え、出発前に海外旅行保険に加入します。* 現在病氣治療中の方、持病のある方はご記入ください。						
<b>病名:</b>						
参加者署名(本人自筆の和文署名)			参加者保護者署名(参加者が 20 歳未満の場合)			
①			①			
申込金 5 万円: 2017 年 月 日		銀行		みずほ銀行 小舟町(コブナチョウ)支店		
支店から 振り込みました / 振り込みます		お申込金 お振込先:		普通預金 口座 No.1881230 (株)トラベルパートナーズ		

- この申込書に必要事項を全て記入し、お送りください。
  - お申し込みは、FAX でも結構です。着信確認のため、担当者迄お電話ください。FAX 番号 ⇒ **03-5645-3775**
- 着信確認を必ずなさってください。TEL: 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、パスポートの写真の見開きページのコピー(婚姻等で名前が変わり、追記に記載のある方は、そのページも)参加申込書とともにご提出下さい。パスポートをこれから申請される方は、受領後に弊社宛に郵送またはファックスにて送付お願い致します。