

お申込締切日：2018年7月5日(木)

●参加申込用紙 「山崎摩耶元衆議院議員と共にフランス・オランダの医療と介護から学ぶ視察団」

参加者氏名	和文	性別 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	生年月日	大昭平 (西暦)	年	月	日
	英文						
現住所	〒			携帯			
				TEL			
				FAX			
Eメールアドレス							
勤務先				役職			
勤務先所在地	〒			TEL			
				FAX			
パスポート	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり(パスポート番号：)			有効期間	年 月 日迄		
渡航中の緊急連絡先	氏名	(続柄：)			電話		
	住所				携帯		
ビジネスクラス希望の有無 (追加料：約50万円。予約時により異なります)	<input type="checkbox"/> あり(希望座席： <input type="checkbox"/> 窓側、 <input type="checkbox"/> 通路側) <input type="checkbox"/> なし		1人部屋利用希望	<input type="checkbox"/> あり(追加料：86,000円) <input type="checkbox"/> なし			
			同室希望者名				
申込金(8万円)：旅行費用の一部に充当します	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「山崎摩耶元衆議院議員と共に学ぶフランス・オランダ視察団」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、そのページもお送りください。