

●参加申込用紙 「オーストラリアで学ぶ、高齢者介護研修」

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(西暦)	年	月	日
	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								航空機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20万円。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)						
日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		喫煙		<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない							
1人部屋使用希望	<input type="checkbox"/> あり(追加料: 39,000円) <input type="checkbox"/> なし		同室希望者名									
観光ビザ ETAS 登録 代行希望	<input type="checkbox"/> あり(手数料: 1,620円) <input type="checkbox"/> なし		出入国カード作成 代行希望		<input type="checkbox"/> あり(手数料: 2,160円) <input type="checkbox"/> なし							
申込金(5万円)	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「オーストラリアで学ぶ、高齢者介護研修」担当者あて

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。