

2020



Travel Partners

# 春休み看護短期研修 2020 申込書

\* 以下の必要事項を全てご記入ください。

申込日

年 月 日

ふりがな			第1希望コース:	写真貼付 お顔が分かればスナップ写真でもOKです
氏名			コース	
ローマ字 (パスポートに順じた綴り)			第2希望コース	
			コース	
生年月日	19 年 月 日	年齢 才	性別: 女 ・ 男	
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 (担当科/臨床年数)	科 年
学校(勤務先)名称			卒業予定年	20 年 月 予定
ふりがな				
学校(所属)所在地	〒			
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	<input type="checkbox"/> 有効なパスポートあり	旅券 No.		
	<input type="checkbox"/> 有効なパスポートなし	有効期限: 年 月 日まで		
※有効なパスポートをお持ちの方は、各国出国時に6か月以上残存有効期間があるかをご確認ください。 ない方は、パスポート更新取得手続きが必要です。				
一人部屋希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ホテル同室希望のある方: 相手の氏名( )			
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 ¥6,000.-税別 要)	分割払いローン希望 「あり」の場合借り入れたい金額↓(上限ご旅行代金) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 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)				
●参加同意書: 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。*現在病気治療中の方、持病のある方はご記入ください。				
病名:				
参加者署名(本人自筆の和文署名)		参加者保護者署名と捺印 (参加者が20歳未満の場合のみ記入)		
		(印) (続柄) ( )		
申込金 6万円: 20 年 月 日 銀行 支店から 振り込みました / 振り込みます				
お申込金 振込み先	㈱トラベルパートナーズ 普通預金口座	みずほ銀行 小舟町(コブナチョウ)支店 口座番号 1881230 りそな銀行 東京中央支店 口座番号 6176535		

- この申込書に必要な事項を全て記入し、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。