

近畿日本ツーリスト株式会社 御中

別紙パンフレットに記載の旅行条件に同意します。また、旅行手配およびお客さまとの連絡等のために必要な範囲内での運送・宿泊機関、本ツアーで提携の団体・企業への個人情報の提供について同意の上、以下の旅行に申し込みます。

FAX : 03-6730-3229 担当 : 深町/小室 宛

ハーバード大学 乳幼児教育に触れる8日間 ご参加申込書

この申込書は渡航書類を作成する基本データになります。もれなく正確に楷書でご記入ください。 お申込日： 月 日

| | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------|----------------|----------------------------|----------|---------------------------------|-------|-------------------------------|
| フリガナ | (姓) | (名) | <input type="checkbox"/> 男 | 国籍 | <input type="checkbox"/> 日本 | 煙草の習慣 | <input type="checkbox"/> 吸う |
| 氏名 (漢字) | | | <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 吸わない |
| パスポート Name (ローマ字) | (姓/Surname) | (名/Given Name) | | 生年 月日 | 西暦 | 年 | 月 日 |
| () () () () () () () () | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------|--------|-----|--|----------|--------------------------------------|--|--|
| フリガナ | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 - | | | | | | |
| | 電話番号 | - - | | FAX番号 | - - | | |
| 所属先 | 会社名 | | | 職業 | 会社員・会社役員・団体職員・団体役員 自営業・公務員・その他() | | |
| | 部課所名 | | | 役職 | | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 - | | | | | |
| | 電話番号 | - - | | FAX番号 | - - | | |
| | 携帯電話番号 | - - | | Eメールアドレス | @ | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|----|-----|--|----|--|--|
| 渡航中の 国内連絡先 (ご家族に限ります) | 氏名 | | | 続柄 | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | |
| 電話番号： - - | | | | | | |

| | | | |
|--------|--|--|---|
| お部屋の希望 | <input type="checkbox"/> 2名1室を希望する (<input type="checkbox"/> 同室希望者 氏名) | | *ツインルーム(2名1室)希望で同室の方の希望がない場合は先着にて組合せを行います。最終的に1人部屋になる場合は、追加代金をお申し付けさせていただきます。予めご了承ください。 |
| | <input type="checkbox"/> 1人部屋を希望する (追加126,000円/全行程 6泊分) | | |

■ 2014年8月31日以降も有効なESTA(電子渡航認証システム)をお持ちですか？

| | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 持っている | ⇒ ご自身でESTAの有効性をご確認ください。 |
| <input type="checkbox"/> 持っていない | <input type="checkbox"/> ご自身で取得する <input type="checkbox"/> 弊社に申請依頼をする→ 催行決定後にESTA代行申請に必要な質問書をお送りさせていただきます。 ※代行手数料4,320円+ESTA実費\$14がかかります。 ※ESTAが拒否と判定された場合は、代行手数料4,320円+処理手数料\$4がかかります。あらかじめご了承ください。 |

| | |
|----------------|--|
| 日中の連絡先 について | ・所属先 (連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・現住所 (連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・携帯電話 (連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ・E-mail (連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) ★連絡先の指定がない場合は所属先・携帯番号・現住所・E-mailへご連絡いたします。ご了承ください。 |
|----------------|--|

| | |
|------------|--|
| 書類・請求書の送付先 | <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> その他 () |
|------------|--|

| | |
|--|--|
| 備考 アレルギー・持病がある 場合などもこちらにご記載 ください。 | |
|--|--|

※FAX後は着信確認のお電話をお願いいたします。(TEL:03-6730-3220)