

ツアー参加申込書

この度はお申し込み頂き誠に有難うございました。お一人様一枚、必要事項をご記入の上
パスポートコピーと共にファックスにてお送り頂きますよう、お願いいたします。

パスポート申請中の方は参加申し込み書のみ先にお送り頂き、パスポートは取得次第Fax下さい。

・以下に記載する個人情報を旅行手配、手続き代行のために必要な範囲で宿泊、運送機関その他の第三者に提供されることを同意の上申し込みます。

出発日		帰国日		日数
2016年 10月 17日(月)		2015年 10月 22日(土)		4泊6日
フリガナ ご参加者氏名 (パスポート名)				
パスポート記載の ローマ字				
NSPA会員No.	団体会員・個人会員	No.	-	
性別	男性 / 女性	生年月日 (西暦)	年	月 日
年齢	満 才			
現住所	〒 -			
電話番号(ご自宅)	() -			
勤務先名				
勤務先住所	〒 -			
電話番号(勤務先)	() -			
メールアドレス				
昼間連絡先(携帯)	() -			
パスポートの有無	有 / 無 / 申請中	郵便物送付先 (代表者のみご記入)	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 勤務先 ()
パスポート発行年月日	年 月 日	パスポート有効期間満了日	年	月 日
海外旅行保険のお申込	必要 / 不要	パスポート番号		
お部屋割り	①1名様1室利用 / ②2名様1室利用			
	2名様1室利用の際のお一人様料金 220,000円 1人部屋追加料金30,000円) *NSPA会員割引あり			
セラピー体験希望の有無	10月18日 希望する / 希望しない	10月20日	希望する / 希望しない	
緊急時の国内連絡先	お名前			続柄
	お電話番号	() -		

*スリランカ入国の際には有効残存期間が6ヶ月以上あるパスポートが必要です。
 パスポート残存期間が不足しておりますと当日搭乗になれませんので、ご注意下さい。

・妊娠中やお体の不自由な方は航空会社の搭乗許可が必要な場合や、査証の取得が必要な場合がありますのでご予約の際にお申し出下さい。

■未成年の方は、保護者の方のご署名、ご捺印をお願いします。

ご旅行参加者名 _____ の旅行参加に同意いたします。

保護者の署名 _____ 印 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(保護者又は親権者)

FAX: 03-5549-2562までご送信下さい

※申込み期日: 2016年9月15日(木)

※旅費のご請求書につきましては、後日ご送付申し上げます。