

FAX:03-5640-1277

申込先:
株式会社ウイントラベル
〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町3-5-2
担当:加藤 ルート人形町ビル

メールアドレス:kato@win-t.co.jp

TEL:03-5640-7007

参加者毎にご記入ください(夫妻の場合には、夫妻毎に記入ください)

《第56回 OSEAL フォーラム台湾》

【ツアーお伺い書】

※必要事項を楷書にて全項目ご記入の上、FAXまたは、メールにてお申送ください

| | | | | | |
|----------|---------------------|------|------------|-------------------|--|
| フリガナ | | | ディストリクト | クラブ名: クラブ番号() | |
| 氏名 | 会員番号() 印 | 333- | 役職名: | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 | 性別 | パスポートの有無 | | |
| | | 男・女 | ある なし(申請中) | | |
| フリガナ | | | | | |
| 現住所 | 〒 - | | | | |
| | TEL:() - FAX:() - | | | | |
| 携帯電話番号 | - | | | | |
| Eメールアドレス | @ | | | | |
| 勤務先 | 会社名: | | 役職名: | | |
| | 所在地: | | TEL: | | |
| 国内連絡先 | 氏名: | | 電話 () - | | |
| | 住所: | | 本人との関係: | | |

■代行登録

| | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 依頼する | <input type="checkbox"/> | 依頼しない |
|--------------------------|------|--------------------------|-------|

■ビジネスクラス希望(○印をご記入ください)

| | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 希望する | <input type="checkbox"/> | 希望しない |
|--------------------------|------|--------------------------|-------|

別途追加料金

参加希望コース

_____コース

■○印をご記入ください

| | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | メンバー | <input type="checkbox"/> | 同伴者 |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|

■お部屋希望について(○印をご記入ください)

| | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | お一人部屋希望(別途料金) |
|--------------------------|---------------|

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 2名~3名定員希望 |
| 同室希望者名: | |

■旅券(パスポート)について

| | | | | |
|---------------------------|-------|--------|----------------------------------|---|
| *パスポート名 (ローマ字でご記入ください) | | 郵便物送付先 | <input type="checkbox"/> 上記現住所 | 〒 |
| *旅券番号 | | | <input type="checkbox"/> 上記現住所以外 | |
| *発行月日 | 年 月 日 | | (ご記入下さい) | |
| *満了日 | 年 月 日 | | | |

台湾入国時に3ヶ月以上の残存が必要です

■海外傷害保険(○印をご記入ください)

| | | |
|--------|-------------------------------|--------------------------------|
| 海外傷害保険 | <input type="checkbox"/> 加入する | <input type="checkbox"/> 加入しない |
|--------|-------------------------------|--------------------------------|

※加入するに○印の方は、後日当社より海外傷害保険申込書を郵送させていただきます。

■ご希望等ございましたらご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

◆パスポートコピー(旅券番号、発行年月日記載のページ)の添付にご協力ください。