

2015年5月12日 発

第1回 日本慢性期医療協会ハワイ研修旅行 **お申込書**

ローマ字	(姓から)	性別	生年月日(西暦)
お名前		男女	年 月 日

◆上記氏名記入欄はパスポートと同じ名前(英字スペル)をご記入下さい ※旧姓のままの方は特にご注意下さい

現住所	フリガナ	TEL
	〒 - 都道 府 県	( ) -

所属先 病院名 施設名	フリガナ	日本慢性期医療協会(○印)
		会 員 非会員
所属先 住所	フリガナ	TEL
	〒 - 都道 府 県	( ) -

連絡先	施設名	ご担当者様
	TEL	メールアドレス
	請求書宛先	書類送付先

一人部屋希望 (UP代金対象)	二人部屋希望 (基本旅行代金に含む)	同室希望者
-----------------	--------------------	-------

■上記ご希望に○印をご記入下さい(二人部屋希望の方は同室の方のお名前もご記入願います。)

追加手配希望事項等(確約するものではありません。お手配完了後追って回答致します 海に見える部屋、ビジネスクラス等)

その他ご旅行に際してご要望、ご質問事項等

■パスポートの顔写真のページのコピーのFAXもお願い致します。(追記で姓を変えられた方はそのページもお願い致します)

■米国電子渡航認証システムESTAは各自ご出発前までお早目にご取得下さい。弊社でも有料で代行しております。

(清水建設グループ) **ミルックス旅行センター**

〒104-0031 東京都中央区京橋2-18-4 宝町清水ビル1F TEL: 03-3567-0711 **FAX: 03-3567-0712**

担当 青山 哲也 メールアドレス: tt-aoyama@milx.co.jp 三浦 哲郎: tt-miura@milx.co.jp