

2016年5月17日 発

## 第2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(英字スベル)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	( ) -

◆現住所データは日本ご帰国の際、税関に提出が必要となります『携帯品・別送品申告書』にのみ使用させていただきます。

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

◆ご希望事項ヒアリング記入欄 ■下記ご希望される欄に○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。)

航空座席	エコノミークラス (基本旅行代金に含む)	ビジネスクラス (UP代金対象)
同室希望者名	二人部屋希望 (基本旅行代金に含む)	一人部屋希望 (UP代金対象)
お部屋タイプ	お部屋指定なし (基本旅行代金に含む)	海の見える部屋 (UP代金対象)
アーリーチェックイン	不要 (基本旅行代金に含む)	必要 (UP代金対象)
オプション A コース「オアフ島一周ツアー」 5月19日(木)実施		参加(¥28,000) 不参加
オプション B コース「ホノルル満喫ツアー」 5月20日(金)実施		参加(¥26,000) 不参加
米国電子渡航認証システム ESTA 代行依頼の有無	ご自身で取得	代行を依頼します(¥3,910)

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) 株式会社ミルックス 旅行センター

〒104-0031 東京都中央区京橋 2-17-4 京橋清水ビル 1F TEL: 03-3567-0711 FAX: 03-3567-0712

担当者メールアドレス 青山 哲也: tt-aoyama@milx.co.jp / 木下 光雄: mt-kinoshita@milx.co.jp