

2017年5月16日発

第3回 日本慢性期医療協会 ハワイ研修 **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	() -

◆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	役職名
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

◆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(基本旅行代金を含む)	ビジネスクラス(UP代金対象)
同室希望者名	二人部屋希望(基本旅行代金を含む)	一人部屋希望(UP代金対象)
お部屋タイプ	お部屋指定なし(基本旅行代金を含む)	海の見える部屋(UP代金対象)
アーリーチェックイン	不要(基本旅行代金を含む)	必要(UP代金対象)
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

■パスポート顔写真ページのコピーをFAX又はご郵送にてお送りください。(追記で姓を変えられた方は追記頁も必要です)**株式会社ミルックス 旅行センター(清水建設グループ)**〒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: 木下 光雄(mt-kinoshita@milx.co.jp) / 青山 哲也(tt-aoyama@milx.co.jp)