

第6回 日本慢性期医療協会 ハワイ研修 **お申込書**

ローマ字		性別	生年月日(西暦)
氏名		男・女	年 月 日

◆上記の氏名記入欄はパスポートと同じ名前(英字綴り)でご記入下さい ※旧姓パスポートの方はご注意ください。

現住所	フリガナ	TEL
	〒 - 都 道 府 県	() -

◆現住所情報は日本ご帰国の際に税関へ提出する『**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 施設名		会員・非会員
所属先 住所	フリガナ	役職名
	〒 - 都 道 府 県	職種

連絡先	施設名	ご担当者様
	TEL	メールアドレス
	請求書宛名	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)	オーシャンビュー指定(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、研修に際してご要望・ご質問事項等

◆**パスポート顔写真ページのコピーをメールまたは、FAX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)

申込先：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1階 TEL: 03-3567-0711 **FAX: 03-3567-0712**

担当：木下 光雄(mt-kinoshita@milx.co.jp) / 池田 裕輔(ys-ikeda@milx.co.jp)