

AHI南インドスタディツアー 申込書

ファクスまたは郵送でアジア保健研修所（AHI）にご提出ください。本書はAHIが〔株〕風の旅行社に転送します。申し込み後、申し込み金3万円〔参加費の一部〕お振込みいただいた時点で契約成立となります。

お申し込みの際には、必ず募集要項をご一読ください。

AHI FAX 0561-73-1990 愛知県日進市米野木町南山987-30

〔株〕風カルチャークラブ 振込先口座 三井住友銀行 中野支店 〔普〕 4586609

株式会社 風の旅行社 行

別紙取引条件説明書に記載の旅行条件及び旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関等その他への提供、およびプログラムの企画・運営に必要な範囲での個人情報の提供について同意の上、申し込みます。

申込日 年 月 日

出発日	3/20/2017	ツアー名	AHI南インドスタディツアー		
帰国日	3/30/2017				
期間	11日間	出発地	中部国際空港〔国際線出発となります〕		
フリガナ		性別	ローマ字名（パスポートと同じ表記で記入）		
申込者の お名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	姓	名	
生年月日	19 年 月 日 (歳)	国 籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()		
フリガナ		TEL	-	-	
現住所 〒 -		FAX	-	-	
		携帯	-	-	
		E-mail			
勤務先名又は学校名	ご職業（該当を○で囲んで下さい） 会社員・会社役員・医師・看護婦・自営業・自由業 ・公務員・教職員・農漁業・学生・主婦・無職 その他 ()				
業務内容					
フリガナ		TEL	-	-	
勤務先所在地 〒 -		(内線)			
ご旅行中の 国内連絡先	フリガナ	続柄			
	お名前	TEL	-	-	
	住所	FAX	-	-	
	(現住所と同じ場合は”同上”とご記入下さい)				
現在有効なパスポートを <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない※	パスポート番号	パスポート発行日	パスポート有効期限		
※「持っていない」にチェックをされた方 受領予定日 年 月 日	健康状態	1 半年のうちに大きな病気をしたことがありますか ・ない ・ある [病名] 2 現在の健康状態(・よい ・あまりよくない) 3. 持病、及びツアーで健康上気にかかる点 ()			
英語能力	・話し合いができる ・日常会話ができる ・少しできる	その他のご希望、ご意見等ありましたらお書き下さい			
※20歳以下の方は別途提出が必要な書類をお送りします。					