

シャンティ国際ボランティア会 カンボジアスタディツアー 参加申込書

旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関などへの個人情報提供について同意のうえ上記の旅行に申込みます

ふりがな				男・女
氏名	※ご本名をご記入ください			
ローマ字氏名	※現在有効なパスポートに記載されたつづりでご記入ください			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (西暦 年)	年齢	歳
出生地	() ※国・都道府県名までご記入ください			
ふりがな				
現住所	〒			
	TEL		E-mail	
	FAX			
昼間のご連絡先	※携帯電話など		携帯電話にご連絡をしてもよろしいですか はい ・ いいえ	
寺院名	宗派名 :		TEL	
	寺院名(ふりがな):			
旅行中の緊急連絡先	氏名		ご関係	
	住所 〒		TEL	
海外旅行傷害保険	<input type="checkbox"/> 旅行会社にて加入 <input type="checkbox"/> ご自身で加入 <input type="checkbox"/> 加入しない		喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 喫煙しない
一人部屋希望	<input type="checkbox"/> 有(別途料金) <input type="checkbox"/> 無/同室ご希望者名()		トラベルローン	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
渡航履歴	今回で 回目 (主な渡航先)			
書類受け取り希望時間	※当社では、宅配便で書類をお送りする場合があります。ご希望の受け取り時間をご指定ください (地域によっては時間指定をお受けできない場合がございますので、予めご了承ください。) 午前中 ・ 12-14時 ・ 14-16時 ・ 16-18時 ・ 19-21時			
その他ご連絡事項	(アレルギーをお持ちの方、健康に不安のある方、行程のアレンジご希望など)			

※パスポートの顔写真ページのコピーをあわせてお送りください。

申込書送付先
(公社)シャンティ国際ボランティア会
FAX: 03-5360-1220