

★パスポートコピー(顔写真のページ)を添えてお送りください。

申込日:2010年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	パスポート名 (ローマ字)	姓 名	
参加者ご氏名 (漢字姓名)					
生年月日		年 齡	満 歳	(旧姓)	
フリガナ					
住所	(〒 - )				
TEL	( )	FAX	( )		
携帯電話番号	( )				
E-mail					
勤務先 (ツアー関係書類 送付先)	勤務先名				
	勤務先名 英語表記				
	フリガナ				
	所在地	(〒 - )			
TEL	( )	FAX	( )		
業種		役職名			
渡航中の 国内連絡先	氏名			続柄	
	住所	(〒 - )			
旅券の有無	<input type="checkbox"/> 持っている(5年・10年)		<input type="checkbox"/> 申請中		
	旅券番号(パスポート番号)		発行日	年 月 日	
マイルージ 会員番号	(スター・アライアンスメンバー航空会社のマイルージ会員の方) ANA/ルフトハンザ/その他 番号 [ ]				
海外旅行保険	<input type="checkbox"/> 申込希望(AIU 保険会社) <input type="checkbox"/> 他社で申し込む <input type="checkbox"/> 加入しない				

\* ドイツのレストラン・ホテルは全館禁煙の場合が多く、喫煙席(室)のご希望に沿えないことがございます。

\* フライトの座席指定のご希望に沿えないことがございます。 以上何卒ご了承下さいますようお願い致します。