

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	持っている(5年・10年)		申請中		
	旅券番号(パスポート番号)		発行日	年 月 日	
マイレージ 会員番号	(スター・アライアンスメンバー航空会社のマイレージ会員の方) ANA / ルフトハンザ / その他 番号 []				
海外旅行保険	申込希望(AIU 保険会社)		他社で申し込む		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場合がございます。

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