

デンマークツアー'23～「人が育つ」国、デンマークに学ぶ旅～ 参加申込書
9日間(2023年5/13(土)～21(日))

申込日: _____年 ____月 ____日

フリガナ		性別		
氏名		M / F	生年月日	西暦 _____年 ____月 ____日
ローマ字名	Family Name First Name		TEL	() -
	※パスポートと同じ表記でご記入ください			
フリガナ			携帯	() -
現住所	〒 -		Email	
フリガナ			◆新型コロナワクチンの接種状況について	
住民票の住所	(現住所と違う場合のみ記入してください) 〒 -		<input type="checkbox"/> 未接種または接種2回以下 ※現地にてPCR検査を受け陰性証明を取得していただく必要があります。 <input type="checkbox"/> 3回以上接種済み	
フリガナ			続柄	
緊急連絡者名			TEL	() -
フリガナ				
緊急連絡先	〒 -			
旅券(パスポート)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 旅券番号 _____ 発行日 _____年 ____月 ____日 (アルファベット2ケタ+数字7ケタ) ※パスポートの有効期限が2023年11月末日まで有効な旅券(パスポート)が必要です			
国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()			
健康状態	旅行中に注意の必要な既往症、持病はありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 既往症及び持病名： 特に、運動・食事(アレルギー)などの制限や持薬・加療の状況を記す必要がある場合、ご記入ください。			
同室希望者氏名		1人部屋のご希望 (数に限り有り)	<input type="checkbox"/> 希望する(別途追加料金が必要です) <input type="checkbox"/> 希望しない やむを得ずシングルルームになった際、追加料金を申し受ける場合があります。ご了承ください。	
担当旅行会社 ATI より案内の 海外旅行保険加入について(AIG 保険会社)		加入希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (別途ご案内いたします)	

申込書送付及び、お問合せ先

(公財)社会教育協会 ひの社会教育センター 担当: 山本・野口

〒191-0062 東京都日野市多摩平 3-1-13 電話: 042-582-3136 FAX: 042-581-0647

※窓口、ファックス、郵送にてお申込みください。申込時に申込金 30,000 円をご入金いただきます。

(お振込みの際は、別紙「参加申込の流れ」をご確認ください)