

オーストラリア体験学習 Australian Experience 参加・同行 申込書
2020年3月26日(木)～4月3日(金)福岡発着

記入日: 20____年____月____日

ご参加の目的 You are: 学習参加者として(お子さま) Child 保護者様として Parent

フリガナ

氏名 Name: _____

生年月日 DOB: 西暦____年____月____日 (ご出発時 Age 満____才)
year month day

パスポート記載名(ローマ字大文字) Passport name:

姓(LAST NAME)____名(FIRST NAME)_____

国籍 Nationality: _____

パスポート番号 Passport number: _____

パスポートの有効期限 Expiration date: 20____年____月____日
year month day

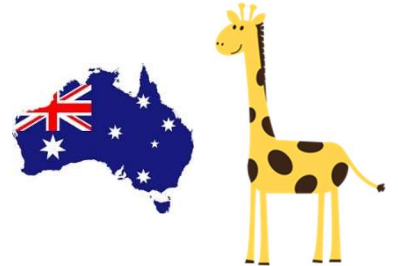
現住所 Home address: 〒_____

電話番号 Phone#: _____

E-mail アドレス: _____

勤務先または学校と住所 Work or School: _____

Address 〒_____



ご本人が未成年の場合: Signature of parents if you are under the age of 20
申込人の親権者(法定代理人)として、申込人が旅行契約を締結することに同意します。

____年____月____日 署名____印
year month day signature

ご旅行中の国内連絡先 Contact in Japan:

氏名 Name: _____ 続柄 Relationship: _____ 電話 Phone#: _____

住所 Address: 現住所と同じ As above

〒_____

※本申込書をご記入の上、前納金(旅行費用の一部)を添えてお申し込みください。前納金は航空券手配後返金不可となります。
前納金 子ども 190,000円 大人 200,000円 for Deposit

※個人情報の取り扱いについて

旅行申込書にご記入いただく、氏名、年齢、生年月日、電話番号、メールアドレス、住所、勤務先などの情報は「個人情報」に該当しますので、個人情報の取扱いに関する基本方針及び個人情報に関して適用される法令を遵守して、個人情報の適正な管理・利用と保護に万全を尽くします。

英語のご経験 English learning experiences

- あり Yes
- なし No

具体的に Details : _____

食物・動物アレルギー Allergies

アレルギー対象 : _____

詳しい症状 : _____

健康状態 Health condition

現在または過去に呼吸性疾患、精神疾患、心臓病その他重症等で治療または投薬を受けたことがありますか。

- はい
- いいえ

はいと答えた方は具体的な病名、薬品名をご記入ください。

病名 : _____

薬品名 : _____

パスポートコピー（顔写真のページ）添付 Passport Copy