

# 旅行申込書

参加セミナー	(     ) 腎泌尿器外科セミナー    (     ) 整形外科セミナー    (     ) 腎泌尿器外科 & 整形外科セミナー
出発地	(     ) 羽田   / (     ) 名古屋   /    (     ) 大阪 ※その他の出発地やクラスなどのご要望等ございましたら備考欄にご記入ください。
利用航空会社	(     ) 他の航空会社を希望: _____ (     ) 個人で手配    (     ) 日程表通り
そ の 他	(     ) セミナーのみ利用
航空券 発券条件	申込後すぐに発券いたします。航空券発券後のキャンセルは 80,000 円を申し受けます。 旅行費用が変更になった際はご案内の上、発券致しますので予めご了承頂きますようお願い致します。

(フリガナ)		生 年 月 日	
氏 名		西暦	年 月 日 歳
ローマ字	<u>パスポートと同じ氏名（ローマ字）でご記入下さい。</u>		性別： 男 ・ 女
(フリガナ)			
現 住 所 (住民票と同じ)	〒		
	携帯電話：	電話：	
所 属 先 (職 業)	(病院名または会社名)	院長先生のお名前	
	所在地：〒		
	電話：	FAX：	
Eメールアドレス			
渡航中の 緊急連絡先	お名前： ご住所：〒 電 話：		
書類の送付先	(        ) 自宅 / (        ) 所属先		
パスポート 情報	本申込書と一緒にパスポート顔写真ページのコピーをお送りください 入国時に残存期間が6ヶ月必要です。		
一人部屋	(        ) 希望する / (        ) 希望しない： _____ 先生と相部屋希望 <u>※一人部屋をご利用の場合は追加料金が発生いたします。詳細は募集要項をご確認ください。</u>		
備考欄			

\* 個人情報の取扱いについて：当申込書は当該旅行に関わる旅行者との間の連絡の為、及び手配に必要な範囲内でのみ利用させていただきます

株式会社エスプリ旅行社 TEL : 03-6805-0116 / FAX : 03-6805-0126  
E-mail : esp@espritduvoyage.jp