

アジア・オセアニア獣医学実習セミナー2026

旅 行 申 込 書

◆ご希望セミナー及びのご出発地等に○印をお付け下さい。

| | |
|-------------|--|
| 参加セミナー | (<input type="checkbox"/>) 腎泌尿器外科セミナー (<input type="checkbox"/>) 整形外科セミナー (<input type="checkbox"/>) 腎泌尿器外科 & 整形外科セミナー |
| 出発地 | (<input type="checkbox"/>) 羽田 / (<input type="checkbox"/>) 名古屋 / (<input type="checkbox"/>) 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 | (<input type="checkbox"/>) 他の航空会社を希望: _____ (<input type="checkbox"/>) 個人で手配 (<input type="checkbox"/>) 日程表通り |
| その他 | (<input type="checkbox"/>) 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。 |

◆ご参加者情報記入欄 (正確にご記入下さい。間違いがある場合、手数料を請求させていただく場合がございます。)

| | | |
|-----------------|---|----------------------|
| (フリガナ) | 生年月日 | |
| 氏名 | 西暦 年月日 歳 | |
| ローマ字 | パスポートと同じ氏名(ローマ字)でご記入下さい。 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) 所在地：〒 電話： | 院長先生の お名前 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： | ご関係： |
| 書類の送付先 | (<input type="checkbox"/>) 自宅 / (<input type="checkbox"/>) 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 | (<input type="checkbox"/>) 希望する / (<input type="checkbox"/>) 希望しない： 先生と相部屋希望 ※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。 | |
| 備考欄 | | |

※パスポートの顔写真ページのコピーを FAX にてお送り下さいようお願い致します。もしくはスキャンの上、メールにてお送りください。

*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頂きます

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