

平成30年度 公益社団法人日本メディカル給食協会
 第27回 海外視察調査 (ハンガリー・チェコ・スイス・イタリア)
 渡航手続伺い書(申込書)
 ≪締切: 4月27日(金曜日)≫

※必ず、パスポートのコピーを添付の上ご提出下さい。

(口欄は必ずいずれかにV印を付けて下さい。)

フリガナ 氏名					(パスポート名/ローマ字) Mr. Miss. Mrs.
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (西暦 年)	婚 姻	未 婚 ・ 既 婚	出生地 都 道 市 区 府 県 町 村
フリガナ 本籍地					
フリガナ 現住所	〒 _____				電 話 () —
ご旅行中の 国内連絡先	ご住所: 〒 _____ お名前: _____ 本人との関係: _____				電 話 () —
勤 務 先	フリガナ				電 話 () —
	和文名 (英文)				内線: —
	フリガナ 所在地	〒 _____			F A X () —
	所属部署 (和文) (英文)			役職 (英文)	
e-mail 対応	<input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅			携 帯 電 話	

航空機の希望	<input type="checkbox"/> エコノミークラス <input type="checkbox"/> ビジネスクラス	⇒⇒⇒	<input type="checkbox"/> 窓側 <input type="checkbox"/> 窓側	<input type="checkbox"/> 通路側 <input type="checkbox"/> 通路側
部屋割希望	<input type="checkbox"/> 二人部屋希望 <input type="checkbox"/> 一人部屋希望		喫煙・禁煙希望 (参考までに)	<input type="checkbox"/> 喫 煙 <input type="checkbox"/> 禁 煙
現在、有効な旅券 をお持ちの方	旅券番号 ※これから申請の方は『申請中』とご記入ください		発行年月日	年 月 日 (2018年12月28日以降の残存が必要です)
マイレージカード をお持ちの方	スターアライアンス系列マイレージ会員番号 (全日空・スイス航空・ルフトハンザ航空など) < _____ > 航空 / お客様番号 < _____ >			

※航空機のお座席希望(窓側・通路側)は、ご希望に添えない場合もございますので予めご了承下さい。
 ※航空機内及びホテル客室、公共エリア(レストランなど)は、禁煙法施行により禁煙が主流ですのでご注意下さい。