

FAX返信先

(株)アトランティス 本社営業所(担当:松澤)

FAX:045-222-7200 (TEL:045-228-3213)



お申込日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

KADVO 第40回 フィリピン デンタル フリー クリニック スタディツアー参加申込書

フリガナ		希望連絡先
氏名		自宅・携帯

ご希望コース	<input type="checkbox"/> スタディツアー4日間コース を希望します。	<input type="checkbox"/> スタディツアー現地参加型 コースを希望します。
--------	--	--

参加される方は以下の参加申込書につきましても伏せてご記入をお願い致します。

氏名 (ローマ字)	パスポートと同じスペルでご記入下さい。	性別	生年月日	本籍地
		西暦	年 月 日	都・道・府・県

郵便番号	〒	TEL(H)	FAX(H)
現住所	フリガナ	携帯	
		出生地	都・道・府・県
E-mail			

学校名	専攻
-----	----

ご旅行中の国内緊急連絡先		続柄	フィリピンへの渡航回数
お名前			初めて・2回目・3回以上
ご住所		TEL	※日中ご連絡の取れる番号をご記入下さい

旅券番号	発行年月日	20 年 月 日	※有効残存期間は帰国日より6ヶ月必要となります。
	有効期間終了日	20 年 月 日	

1人部屋利用希望の有無	有・無	追加代金 21,000円	新型コロナワクチン接種の有無	有(回)・無
同室の希望者がある場合はお名前をご記入下さい。	有・無		到着便	確定後お知らせ下さい
Tシャツのサイズ(現地にて配布されます。)	S・M・L・XL・XXL・XXXL		帰国便	確定後お知らせ下さい
診療希望部門 ご希望に添えない場合もあります。	予診部門・消毒部門・予防部門・希望なし			

- 注意
- ①パスポートサイズ(45mm×35mm)の顔写真1枚(裏面に氏名記載)をご用意下さい。
 - ②現地入国に際しまして旅券の有効期限が**2025年9月20日以降**であることが必要となりますのでご注意下さい。
 - ③現地との連絡の都合上、**1月17日までに** FAX(045-222-7200)でご返送下さい。
 - ④**個人情報保護法に伴うご案内**(上記に記載する個人情報を旅行の手配・手続きの代行の為に必要な範囲で宿泊、運送機関、その他の第三者に提供されることを同意の上、お申し込み下さい。
また、ご参加に当りKADVO参加者配布小冊子内の名簿に情報が掲載されますことを予めご了承下さい。
 - ⑤ご出発の2週間前に、詳しいご案内をお送り致します。