

2019年度海外視察研修ツアー  
第13回イタリア地域精神保健視察  
参加申込書

特定非営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会  
〒130-0001 東京都墨田区吾妻橋2丁目17-7-801  
Tel 090-1811-7119  
Fax 048-648-7177  
E-mail ref-pj@mx5.ttcn.ne.jp

\*研修日程

5月13日(月)～5月22日(水)に参加を申込みます。

ふりがな(ローマ字) パスポートと 同一の事	申込日		年	月	日
氏名	男 ・ 女	本 籍 地	都 道 府 県		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	生 (西暦 年)
ふりがな		TEL			
現住所	(〒 - )	FAX			
		携帯			
		E-mail			
ふりがな					
本籍地	(※抄本どおりにお書きください。)				
所属先 及び 職種 (役職)		TEL			
		FAX			
		E-mail			
ふりがな					
所在地	(〒 - )				
渡航中の 国内連絡先	(ふりがな) 氏名: 続柄: 住所: (〒 - ) TEL: ( ) / FAX: ( )				
旅券の有無	出国時90日以上有効期間がある旅券(パスポート)を <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない ※いずれかにレ印をお付けください。 ※「持っていない」にチェックされた方は各自パスポート申請手続きをお願いします。また 本申込書を先ずお送りいただき、パスポート取得後写真ページをFAXでお送りください。				
帰国時まで残存 期間のある旅券 をお持ちの方へ	<b>重要！ 本申込書と同時に写真の入っているページをFAXして下さい。</b>				
	旅券番号				
	発効日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 5年有効、 <input type="checkbox"/> 10年有効
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	お部屋の希望	<input type="checkbox"/> ツインルーム使用承諾します。 <input type="checkbox"/> シングルルーム希望(追加7.0万円)		

※  内はレ印をお付けください。また旅券FAXは航空券予約のため必要です。  
※ 上記個人情報は契約旅行社(JTB)と共有しますことご了承の上お申し込みください。

事務局使用欄	受付日
--------	-----