

《送付先》 FAX:03-5939-9603

2016年度海外視察研修ツアー
第11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
〒115-0045 東京都北区赤羽2-45-8
ファーストビル赤羽205
Tel/Fax 03-5939-9603
E-mail ref-pj@mx5.ttcn.ne.jp

*研修日程

11月15日(火)～11月24日(木)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
ご氏名	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	(※抄本どおりにお書きください。)				
本籍地					
ふりがな					
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	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。				
	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6.5万円)		

※ 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。

事務局使用欄	受付日
--------	-----