

【世界遺産ドブロブニク】

着物ビューティー・ジャパン クロアチア着物ショー 参加申込書

FAX、メールのいずれかで参加申込書をご提出下さい。

・ FAX : 06-6226-8751 ・ メール (写真可) : info@we-link.co.jp

ご希望 参加コース <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい	<input type="checkbox"/> 6日間基本コース <input type="checkbox"/> 8日間延長コース	締切日:2023年1月27日(金) 第1次締め切りの時点で団体航空座席の調整を行います。ピーク時期の期間にあたるため、締切日以降のお申込みは料金が増額される場合がありますのでご了承下さい。	
フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
旅券に記載の ローマ字氏名	姓 名	生年月日	西暦 年 月 日 (昭和・平成 年)
住所	フリガナ 〒		
ご連絡先	自宅 TEL	携帯	
	メールアドレス	FAX	
渡航中の 国内連絡先 (ご家族)	フリガナ 氏名	ご関係	
	ご住所 〒	電話番号()	
お部屋	<input type="checkbox"/> 1人部屋 (別途1人部屋追加代金必要) <input type="checkbox"/> 2人部屋 (同室希望 なし・あり _____ 様と)		
旅券 (パスポート)	<input type="checkbox"/> 有効なパスポートを持っている ⇒ パスポートコピー(顔写真のページ)をお送り下さい ※残存有効期間は、6か月以上が望ましいとされています。 <input type="checkbox"/> これから申請する ⇒ 取得後、パスポートコピー(顔写真のページ)をお送り下さい		
海外旅行保険	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない -----> 私は海外旅行保険を申し込みません。 (当社のご案内するAIG海外旅行保険に加入されない場合は、 お手数ですが、右欄にご署名をお願いします) ご署名 (印)		
国内線乗継 (希望者のみ)	ご希望発着空港名をご記入下さい。 () 空港	ワクチン接種回数 出発時点での予定回数 をご記入下さい。	() 回予定 3回未満の場合は、日本入国のための PCR検査をクロアチアで受けていただく必要 があります。

※その他 (連絡事項がございましたらご記入ください)