

オーストラリア体験学習 Australian Experience参加・同行 申込書

2020年3月26日（木）～4月3日（金）福岡発着

記入日：20 年 月 日

**ご参加の目的You are**： □ 学習参加者として（お子さま）Child　　□ 保護者様として Parent

**フリガナ**

**氏名Name：**

**生年月日DOB：**西暦 年 月 日（ご出発時Age　満 才）

 　 　 year month day

**パスポート記載名**（ローマ字大文字）Passport name：

 姓(LAST NAME) 　名(FIRST NAME)

**国籍Nationality：**

**パスポート番号Passport number：**

**パスポートの有効期限Expiration date ：**20 年 月 日

 year month day

**現住所Home address：**〒

****

**電話番号Phone#：**



**E－mailアドレス：**

**勤務先または学校と住所Work or School：**

Address〒

**ご本人が未成年の場合：**Signature of parents if you are under the age of 20

 申込人の親権者（法定代理人）として、申込人が旅行契約を締結することに同意します。

 年 月 日 署名 印

 year month day signature

**ご旅行中の国内連絡先Contact in Japan：**

 氏名Name： 続柄Relationship： 電話Phone#：

 住所Address：□　現住所と同じAs above

* 〒

※本申込書をご記入の上、前納金（旅行費用の一部）を添えてお申し込みください。前納金は航空券手配後返金不可となります。

　前納金　**子ども190,000円　大人200,000円** for Deposit

※個人情報の取り扱いについて

　旅行申込書にご記入いただく、氏名、年齢、生年月日、電話番号、メールアドレス、住所、勤務先などの情報は「個人情報」に

　該当しますので、個人情報の取扱いに関する基本方針及び個人情報に関して適用される法令を遵守して、個人情報の適正な管理・

　利用と保護に万全を尽くします。

**英語のご経験 English learning experiences**

* あり Yes
* なし No

具体的にDetails：

**食物・動物アレルギー Allergies**

 アレルギー対象：

 詳しい症状：

**健康状態Health condition**

 現在または過去に呼吸性疾患、精神疾患、心臓病その他重症等で治療または投薬を受けたことが

ありますか。

* はい
* いいえ

はいと答えた方は具体的な病名、薬品名をご記入ください。

病名：

薬品名：

**パスポートコピー（顔写真のページ）添付 Passport Copy**