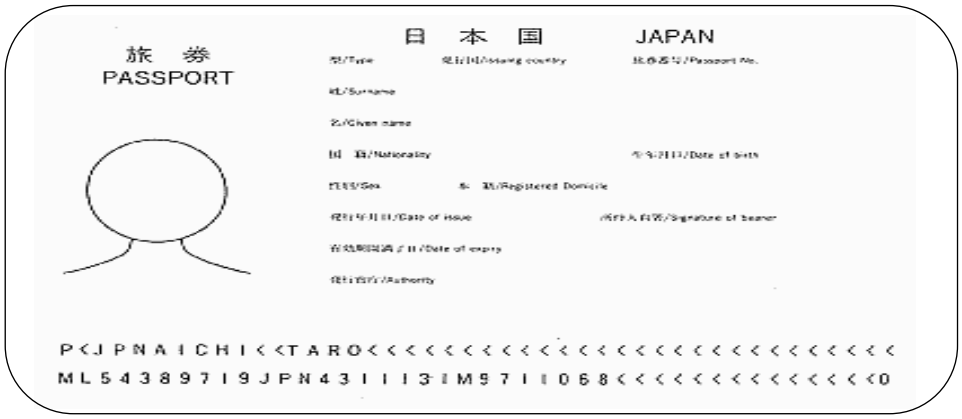
お申し込み書（FAX到着順に受付をいたします）

ツ　ア　ー　名	岐阜県民間保育園連盟海外保育視察研修		
フ　リ　ガ　ナ		パ　ス　ポ　ー　ト　ロ　ー　マ　字　氏　名	
お　名　前	様 性別 □ 男性　□ 女性		
生　年　月　日	西暦　　年　　月　　日		
フ　リ　ガ　ナ		ＴＥＬ:　　－　　－	
ご　自　宅	〒　　－	携帯電話　　－　　－	
フ　リ　ガ　ナ		役　職　名	
勤　務　先　名 及　び　住　所	〒　　－ 勤務先名		
書　類　送　付　先	□ ご自宅　　□ 勤務先 ※ご旅行に関する書類をお送りしますのでいずれかにチェックを入れて下さい。		
ご　旅　行　中　の 緊　急　連　絡　先	お名前(カタカナで記入): 貴　方　と　の　関　係:	ＴＥＬ:　　－　　－	
た　ば　こ	□ 喫煙　　□ 禁煙		
一人部屋希望	□希望する　　□希望しない 別途料金がかかります		

★有効な旅券をお持ちの方は、ハンガリー出国時3ヶ月以上の有効期限があることを確認下さい。

※旅券番号と自筆のサイン・生年月日・写真などが印刷されているページをコピーして貼付してください。


旅　券
PASSPORT
日　本　国　JAPAN
P<JPNAICHI<<TARO<<