

複写可

2015 年度 スウェーデン高齢者住宅視察 お 申 込 書

—お申込書送付先—
(一財) 高齢者住宅財団
担当：小川
TEL：03-6672-7227
FAX：03-3206-5256

(必要事項を記入し、該当する□にレを付けてください。)

パスポート通りの ローマ字表記			併 掛 □ □	大・昭 (西暦	年	月	日
氏 名							
フリガナ	(〒)			電話	()	—	
現 住 所							
勤 務 地	名 称						
	部 署			役 職			
	英文名称						
	英文部署						
	英文役職						
	フリガナ						
	現 住 所	(〒)					
	電 話	()	—	F A X	()	—	
E-mail アドレス			携帯電話				
渡航中の 国内連絡先	氏 名		続柄		電 話	()	—
	住 所	(〒)					
事務連絡 担 当 者	所属部署			電 話	()	—	
	氏 名			F A X	()	—	
旅券の有無	<input type="checkbox"/> 有	旅券番号： ※入国時3ヵ月+滞在日数の残存有効期間が必要		発行年月日		年	月 日
	<input type="checkbox"/> 無	年 月頃取得予定（取得後、旅行会社宛にご連絡ください）					
請求書・領収書等の宛名				送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社		
た ば こ	<input type="checkbox"/> すう <input type="checkbox"/> すわない (今回利用の航空機は全席禁煙です)						
ビジネスクラス	<input type="checkbox"/> 申し込む (<input type="checkbox"/> 窓側 <input type="checkbox"/> 通路側) <input type="checkbox"/> 申し込まない						
通信欄	※パスポートをお持ちの方はコピーも一緒にFAXしてください。						