

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

平成30年度 イギリス保健・医療・介護・福祉視察研修 参加申込書

ご記入日： 年 月 日

フリガナ 氏名				性別	男 () 女 ()
ローマ字氏名					
※お名前前のローマ字は、パスポートに記載（又は記載予定）のつづりを正確にお知らせ下さい					
フリガナ 現住所	〒 —				
電話番号 携帯電話	— —	FAX	— —		
生年月日	19 年 月 日生	本籍地			
国内 連絡先	(続柄：)	電話	— —		
住所	〒 —				
フリガナ 勤務先名			英語名		
所属部署			英語名		
役職			英語名		
フリガナ 勤務先 住所	〒 — (担当：)				
電話	— —	FAX	— —		
E-mail	@				
●羽田までの交通	【 】ご自分で手配 【 】旅行社に依頼 ※希望の便名がありましたらご記入願います。 [往路] (→) (便名：) [復路] (→) (便名：)				
●前泊について	※羽田ロイヤルパークホテルに前泊します。前泊費用は旅費に含まれます。				

※本申込書はご旅行に関わる諸手続きの基となる資料です。正確に全てご記入下さい。

※必ずお一人様1枚ずつご記入ください。

※パスポートのコピー（顔写真のページ見開き）を、必ず添付ください。

※個人情報保護法に基づき、申込書に記載された個人情報について、お客様との連絡のために利用させて頂く他、旅行サービスの手配及びそれらサービスの受領のための手続きに必要な範囲内で利用させて頂きます。また、当社の提携する企業の商品やサービスのご案内、旅行参加後のご意見や感想の提供のお願い、アンケートのお願い、海外旅行のご案内等にお客様の個人情報をご利用させて頂く事があります。

お問い合わせ・お申込み

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会 [国診協]

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4階

TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499