

日付： 年 月 日

株式会社ウェック・トレック 御中

私は旅行条件・約款を了承の上、旅行手配に必要な範囲内での運輸・宿泊機関等へ個人情報の提供について同意し、下記ツアーに参加申込み致します。

出発日： 年 月 日		ツアー名			
フリガナ		性別 男・女	生年月日	明・大・昭・平 年	
お名前	姓	名	結婚 未・既 (旧姓)	(西暦 年) 月 日生(満 歳)	
フリガナ			自宅TEL：		
住 所	〒		自宅FAX：		
			携帯電話：		
			勤務先TEL：		
メール	@				
職業	会社員・公務員・教員・会社役員・医師・自由業 ()				
	自営業 ()・主婦・無職・学生・その他 ()				
	勤務先・学校名 ()				
旅行中の 連絡先	お 名 前		続 柄	住 所	電 話
				〒	
同行者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お名前：)			同行者とのご関係	
				配偶者・家族・婚約者・友人・他	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食物アレルギーあり――>具体的な項目をお知らせください ()				
服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬の名前)				
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状：胸痛、動悸、息切れ、めまい、睡眠障害、ふらつき、肺水腫、その他)				
運動	運動をしていますか？				
	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (何を： 、どの程度の頻度で)				
名 簿	参加者名簿を出発時に配布致します。ご希望されない場合は口にレ点を付して下さい。				
	<input type="checkbox"/> 参加者名簿への詳細住所及び電話番号の記載を希望しない				
保 険	※加入されることを強くおすすめします				
	<input type="checkbox"/> 弊社扱いのA I U海外旅行保険に加入する。 <input type="checkbox"/> 自分で加入する。()				
	<input type="checkbox"/> 加入しない。加入されない場合は、署名・捺印をお願いします。(お名前： 印)				
備考	同室希望の方はお知らせください				

※お申込の際には、パスポートの顔写真のあるページをコピーして一緒にお送り下さい。