

国内視察交流研修 愛媛 参加申込書

送付先 (株)ノマド 担当河本 FAX 011-261-1998

1. 申込責任者（緊急時の連絡先）

組織名		住所				どちらかに○印
						新規・変更
担当者名		電話		FAX		Eメール

2. 参加希望者

No.	フリガナ		〒 自宅住所		指定 担い手 10,000円 助成	11/26(日)		11/27(月)		禁煙室 希望	国内旅行 傷害保険 (任意)	合計金額
	氏名	性別	自宅電話番号	所属団体・組織・グループ名		シングル	ツイン	シングル	ツイン			
記入例	ホウジン タロウ	男	〒000-0000 □口市〇〇1-1	株式会社〇〇〇〇		シングル	ツイン	シングル	ツイン		500円 ・ 1,000円	90,500円
	法人 太郎		Tel 000-000-0000	所属団体等電話番号		〇	〇					
	19△△年〇月〇日生		Tel 000-000-0000									
1		男	〒			シングル	ツイン	シングル	ツイン		500円 ・ 1,000円	
			Tel									
	年 月 日生		Tel									
2		女	〒			シングル	ツイン	シングル	ツイン		500円 ・ 1,000円	
			Tel									
	年 月 日生		Tel									
3		女	〒			シングル	ツイン	シングル	ツイン		500円 ・ 1,000円	
			Tel									
	年 月 日生		Tel									

備考：

☆宿泊について
禁煙室の部屋数には限りがあります。申込入力順に受け付け、満室となった場合はご希望に添えないことがあります
シングルの部屋も若干ありますが申込み順とさせていただきます。料金は2泊1名様あたり2,160円追加です。

☆キャンセルについて
・10/27までのキャンセル：無料、・10/28から11/18まで：旅費の20% ・11/19から24まで：30%
・11/25～旅行当日（出発前）まで：50% ・旅行出発後：100%

☆国内旅行傷害保険（任意）の加入について
・加入の場合、保険料は別途請求させていただきます

☆その他
・道内乗継便等がある方は別途ご相談ください。