

[I F P Wソウル総会参加申込書] 返信期日 5月25日(火)

別紙 1

(社)日本医薬品卸業連合会 宛 FAX: 03-3273-7648 担当: 榎原、青山

* 総会登録をする際に英文表記が必要ですのでご了承ください。

会社名				役職		
英語				英語:		
ふりがな				総会部屋タイプ	スーパーリア/スタンダード	
お名前 (ご参加者)	おたばこ 吸う 吸わない				デラックス	
英文ハ゜ス゜トネーム					スタジオ スイート	
ふりがな					プレミアム スイート	
ご同伴者 (同室希望者)		航空機お座席		*どちらかお選びください 通路側 ・ 窓側		
英文ハ゜ス゜トネーム			*ご希望に添えない場合もございます。			
生年月日	大正 年 月 日 (西暦 19 年)					
	昭和 平成					(満年齢 才) ツアー参加時
書類送付先	自宅	勤務先	その他 ()		勤務先のご連絡 可 ・ 否	
勤務先 住所	〒				メールアドレス	
TEL			F A X			
ご自宅住所	〒					
TEL			F A X			
ご旅行についてのお問い合わせ先	*ご旅行内容につきましてお問い合わせがご本人以外の場合にはこちらにご記入ください。				部署: お名前:	
ご請求先	会社宛 個人宛 追加個人費用のみ (海外保険・オプションツアーなど) は本人宛て					
お食事でアレルギーなどございましたらご記入ください ()						
ご旅行中の緊急連絡先	お名前: 続柄 () 現住所と同じ 住所				電話 () -	

参加コース	日数	印をつけてください
I F P W + シンガポールツアー (ソウル3泊+シンガポール3泊)	9月12日~9月18日 7日間	
I F P W + 上海ツアー (ソウル3泊+上海3泊)	9月12日~9月18日 7日間	
I F P W 総会のみ	9月12日~9月15日 4日間	
その他ご希望 *ソウル3泊他希望の方など	月 日 ~ 月 日	

記載いただいた個人情報はお客様との連絡のために利用させていただく他、お客様がお申込みいただいた旅行において宿泊・運送機関等の提供するサービスの受領のための手続に必要な範囲内で利用させていただきます。以上にご同意の上、ご記入をお願いします。