株式会社　ＪＴＢ　福島支店　行

福島の子ども保養プロジェクト

エンゼルフォレストご旅行参加申込書

FAX
送信方向

FAX　024－933－6620

（申込者）

郵便番号　〒　　-

住所

氏　名　　※ふりがなもお願いいたします。

電話番号

緊急連絡先　（　会社　／　携帯　）

出発日　　11月　16日　　出　発

出発地　　郡　山　駅

※申込者も参加する場合は、必ず利用者欄に記入してください。

（利用者氏名記入表）

	ふりがな 氏　名	生年月日	学年	年齢	男女別	アレルギー
1					男　女	卵・小麦・そば
2					男　女	卵・小麦・そば
3					男　女	卵・小麦・そば
4					男　女	卵・小麦・そば

※　男女別に〇をつけてください。

※　申込締切後、参加者へ参加費の請求書をお送りさせていただきます。
旅行代金は、期日内までに弊社指定口座までお振込みをお願いします。

＜弊社記入欄＞

FAX受付日	→	担当印	→	確認連絡