

2024 年 北イタリア モンテツソーリ研修 8 日間 参加申込書

申込日: _____ 月 _____ 日

| | | | | | |
|------------|--|-------------|------------------|--|----------|
| フリガナ | | 性別 | | | |
| 氏名 | | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | |
| ローマ字名 | Family Name | First Name | | | |
| | ※パスポートと同じ表記でご記入ください | | | TEL | () - |
| フリガナ | | | | | |
| 現住所 | 〒 - | | 携帯 | () - | |
| Email アドレス | (Email にてご連絡をさせていただきますので、添付ファイルが受信可能なメールアドレスをお知らせください。) | | | | |
| フリガナ | | | 続柄 | | |
| 緊急連絡者名 | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| 緊急連絡先 | 〒 - | | TEL | () - | |
| 旅券 (パスポート) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 旅券番号 _____ 発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (アルファベット 2 ケタ + 数字 7 ケタ) ※パスポートの有効期限が 2024 年 4 月末日以降まで有効な旅券(パスポート)が必要です | | | | |
| 国籍 | <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | |
| 健康状態 | 旅行中に注意の必要な既往症、持病はありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 既往症及び持病名: _____ | | | | |
| | 特に、運動・食事(アレルギー)などの制限や持薬・加療の状況を記す必要がある場合、ご記入ください。 | | | | |
| 同室希望者氏名 | | 1 人部屋のご希望 | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (別途追加料金が必要です) | |
| 日本国内線の手配 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | | | |

申込書送付及び、お問合せ先

(株)ATI 担当: 堀、三世

〒101-0032 東京都千代田区岩本町 2-4-1 神田岩本町プラザビル 4 階

電話: 03-5829-6396 FAX: 03-5829-6397

E-mail アドレス: atiseminar@ati-jp.com

※参加申込書はファックスまたは、E-mail 添付にてお送りください。