

# 日本・パプアニューギニア協会親善訪問団 参加申込書

私は、別紙旅行企画書面に記載の旅行条件及び参加資格などを理解し同意の上、以下の旅行に参加申し込みを致します。  
 (この申込書は、おひとり様につき1枚をご記入いただけます。空欄に必要事項を漏れなくご記入ください。もしくはプリントアウトしてご記入ください。)  
 FAXまたは郵送でお願い致します。

日本・パプアニューギニア協会事務局

FAX : 03-5216-3556

ご出発日	2018 年 5 月 26 日 (土)	お申込日	年 月 日
会員情報	<input type="checkbox"/> 個人会員 <input type="checkbox"/> 法人会員 <input type="checkbox"/> 会員ご親族⇒ご関係 (1親等以内) : <input type="checkbox"/> 非会員 ※ご参加には協会への入会が必要になります。		
	希望コース	<input type="checkbox"/> ラバウルとポートモレスビー <input type="checkbox"/> マダンとポートモレスビー <input type="checkbox"/> ウェワクとポートモレスビー <input type="checkbox"/> ポートモレスビー	
部屋タイプ	<input type="checkbox"/> 一人部屋希望 <input type="checkbox"/> 二人部屋希望 (同室希望者名: _____)		
参加形態	同行条件指定者名: ※申込多数の場合、抽選になりますので特定の同行者とご一緒がご参加条件の場合は、両者が共に当選又は落選となります。		

**■個人情報(必須)**

フリガナ		英文名	姓(Surname)	名(Given name)
氏名(漢字) (Name)			(パスポート記載名:ローマ字大文字でご記入ください)	
生年月日(西暦)	年 月 日	年齢(申込日現在)	歳	性別
旅券番号	旅券発行日		年 月 日	旧姓
	有効期間満了日		年 月 日	国籍
郵便番号	- ※都道府県から全てご記入ください。例)東京都港区西新橋1-10-2 かもめマンション101号室			
現住所				
自宅TEL	携帯TEL	自宅FAX		

**■渡航中の緊急連絡先(必須)**

フリガナ		続柄	自宅TEL	
氏名(漢字)			携帯TEL	
郵便番号	- ※都道府県から全てご記入ください。例)東京都港区西新橋1-10-2 かもめマンション101号室			
現住所				

**■勤務先・学校情報 \* 学生の方は「学校名のみ」必須。**

フリガナ		会社TEL	
勤務先(学校名)		携帯TEL	
		会社FAX	
英文名		役職名	
郵便番号	- ※都道府県から全てご記入ください。例)東京都港区西新橋1-16-5 小西マンション101号室		
フリガナ			
勤務先住所			

**■アンケート(必須) □に該当の数字をご記入ください。**

**●パプアニューギニア観光査証について** (入国時の時間短縮のため日本での事前取得にご協力下さい)

回答:  1. 在日パプアニューギニア大使館にてご自身で事前取得する  
 2. (株)かもめの代行申請を希望する⇒代行手数料 3,240円が掛かります。(必要書類は別途ご案内)  
 3. ポートモレスビー到着時に空港で取得予定。

**●海外旅行保険について** ※予期せぬトラブルに備え海外旅行保険のご加入を強くお勧めいたしております。

回答:  1. かもめにて加入する   2. 他の保険会社で加入する   3. クレジットカードで対応する   4. 今回は加入しない

**【個人情報の利用目的と保護方針】**

当社に提出された個人情報について、お客様との連絡のために利用させていただくほか、お客様が申込みいただいた旅行において運送・宿泊機関等の提供するサービスの手配及びそれらの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。  
 お客様の個人情報を当社所定の旅行申込書、当社ウェブサイト上もしくは機密保持契約を結んだ協力企業より提供された場合に、お客様の同意なしに第三者に開示することはありません。

**■お申込・お問い合わせ: 特定非営利活動法人 日本・パプアニューギニア協会 事務局**

〒103-0021 東京都中央区日本橋本石町3-2-12 社会保険労務士会館9階  
 TEL:03-5216-3555 FAX:03-5216-3556 担当: 島田 謙三

**■旅行企画・実施: 株式会社 かもめ 顧客サービス課** (観光庁長官登録旅行業第1009号/日本旅行業協会(JATA)正会員)

〒105-0003 東京都港区西新橋1-10-2 住友生命西新橋ビルB1階  
 TEL:03-3506-0747 FAX:03-3506-0740 担当: 佐藤 仁 sato@kamometour.co.jp