

ご旅行申込書

No.1

代表者様は、お申込者全員の方の下記事項の記入をし、弊社営業日にお申し出下さいます様お願い致します。(FAX・メール可) 受付後、旅行日約1週間前位迄には、旅行代金のお支払いをお願いします。

下記事項について同意の上、この旅行に申し込みます。

- ツアーパンフレットの企画書面とパンフレットに記載された「ツアー実施要項」と「お申し込みのご案内」、並びに「個人情報の取り扱いについて」の事項
- 「サワキ観光バスツアーお申し込みから出発までのご案内」に記載の事項
- ご旅行条件書（取引条件説明書面）に記載された旅行条件
- ★ 助成金等利用のツアーについては、参加資格に必要な証明書提出などの諸条件を遵守

記入日	ご署名	弊社からのご連絡方法
年 月 日		TEL・FAX・E-mail

代表者様（契約責任者）

○で囲んでください

① 代表者	フリガナ		性別	年齢	TEL :	該当にチェック	
					FAX :	<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種	
	生年月日	年 月 日		歳	E-mail :	<input type="checkbox"/> 陰性証明等	
住 所	〒				緊急連絡先※ご本人以外で連絡のとれる方		
					氏名 :	続柄	
	【 確認書類：運転免許証・保険証・マイナンバーカード 】				TEL :		

旅行期間	年 月 日 ()							
申込旅行 (ツアー名)		人員	大人		中学・高校生		小学生	幼児
			男	女	男	女		

同行者様 (1 /)

②	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		該当チェック	入金
						携帯		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種	/
		生年月日	年 月 日		歳	固定		<input type="checkbox"/> 陰性証明等	
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
③	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		該当チェック	入金
						携帯		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種	/
		生年月日	年 月 日		歳	固定		<input type="checkbox"/> 陰性証明等	
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
④	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		該当チェック	入金
						携帯		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種	/
		生年月日	年 月 日		歳	固定		<input type="checkbox"/> 陰性証明等	
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	

※代表者（契約責任者）の方が旅行に参加されない場合には、その旨お申し出下さい。

弊社記入欄

サワキ観光(株)トラベルセンター【営業平日:9:00~18:00】 〒300-3572 茨城県結城郡八千代町菅谷502番地1 TEL : 0296-48-2311 / FAX : 0296-48-2539 E-mail : sawaki-k@swk-g.co.jp
--

受付 確認	入金 確認	確認書 発行

旅行申込書（国内募集型企画旅行用）

※ 同行者様追加記入用シート

同行者様 （ / ）

⑤	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
⑥	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
⑦	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
⑧	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
⑨	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
⑩	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
⑪	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
⑫	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	
⑬	氏名	フリガナ		性別	年齢	電話番号		<input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等	入金 /
		生年月日	年 月 日		歳	携帯			
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	