

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ようお願い致します。(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 <input type="checkbox"/> ワクチン3回接種 <input type="checkbox"/> 陰性証明等
	生年月日 年 月 日		歳	FAX :	
				E-mail :	
住所	〒			緊急連絡先※ご本人以外で連絡のとれる方	
	【 確認書類：運転免許証・保険証・マイナンバーカード 】			氏名 :	続柄
				TEL :	

旅行期間	2024年12月21日（土）							
申込旅行 (ツアー名)	横浜中華街 肉まんづくり体験と みなとみらい空中散歩	人員	大人		中学・高校生		小学生	幼児
			男	女	男	女		

同行者様（1 / ）

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

※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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	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		該当チェック	入金
						携帯			
	生年月日	年 月 日		歳	固定				
	住所					運転免許証・保険証・マイナンバーカード		PCR・抗原	