

★お申込み先: IAVE日本 宛 (FAX送信票) 03-5363-9026

第 回 IAVE ボランティア会議 <参加申込書>

★ご提出期限: 月 日()までにお願ひします。

(フリガナ)	IAVE 会員・非会員 <input type="checkbox"/> 本部会員 <input type="checkbox"/> 非会員	男 女	生 年 月 日 年 月 日	*ユーザー番号 *パスワード
現住所: 〒			電話番号: FAX番号: E-Mail:	
勤務先名: 所在地: 〒			電話番号: FAX番号: E-Mail:	
ご出発希望日 月 日	ご帰国希望日 月 日	オプションツアーのご希望 <input type="checkbox"/> あれば希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
ご出発/ご帰国希望地 <input type="checkbox"/> 成田空港 <input type="checkbox"/> 関西空港 <input type="checkbox"/> 中部空港 <input type="checkbox"/> その他の空港		* 航空予約状況 (便名、到着/帰国予定)		
宿泊先手配: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	部屋利用方法: <input type="checkbox"/> 1人部屋希望 <input type="checkbox"/> 2人部屋希望 (同室希望者名:) * (ホテル名:)			
* (確認の意味で) 宿泊希望日にチェックをつけてください。 □ 月 日、 □ 月 日、 □ 月 日、 □ 月 日				
パスポートを: <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 持っていない		パスポートの有効期限: 年 月 日まで有効 パスポートの番号:		
海外渡航中の連絡先(氏名)	住所と電話番号 〒			
(氏名):	(本人との関係:) 電話番号:			
海外旅行保険に加入を: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	たばこを: <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない			
その他のご要望事項				