

【 旅行申込書 】

御中

*書面に記載する個人情報を旅行手配、手続き代行のために範囲内で宿泊、
運送機関その他の第三者に提供されることを同意の上申し込みます。

コース名

受付	変更	変更	取消	手配先:担当者
/	/	/	/	

■氏名 カタカナでご記入ください

代表者1	M・F	歳	同行者6	M・F	歳
同行者2	M・F	歳	同行者7	M・F	歳
同行者3	M・F	歳	同行者8	M・F	歳
同行者4	M・F	歳	同行者9	M・F	歳
同行者5	M・F	歳	同行者10	M・F	歳

■ご連絡先 【医学部・伊都・春日・芸工・六本松・箱崎 所属地区を○で かこんでください】

住所	〒			
電話	勤務先・内線	()	—	
	自宅・携帯	()	—	
FAX	()	-	E-MAIL	

■航空・JR・バス・フェリー（禁煙・喫煙）

往路復路	利用日	区間	第1希望	第2希望
往路	/	→		
	/	→		
復路	/	→		
	/	→		

■宿泊（禁煙・喫煙）

利用日	泊数	ホテル名	食事	部屋タイプ	室数
/	泊				
/	泊				

国内旅行傷害保険に 加入します 加入しません 他社で申込 署名

九州大学生生活協同組合(福岡県知事登録旅行業第3-333号)
旅行センターWING 内線(99)8218 FAX631-3183
医学部購買書籍店
内線(91)6898, 6900 FAX632-5626
六本松購買書籍店 内線(98)4908 FAX751-6864
大橋店 内線(95)2265 FAX557-8716

基本料金	円 × 名 =
	円 × 名 =
	円 × 名 =
	円 × 名 =
	円 × 名 =
	円 × 名 =
	円 × 名 =
合計金額	円
申込金額	/ 円
残金	/ 円

変更・取消のご連絡は営業時間内(10:00~17:30)に
お願い致します。土日祝休み
変更・取消料の発生日は / からです

備考

領収書 要 不要