整理№（　　　　　）

|  |
| --- |
| フィリピン・ストリートチルドレンと出会う旅2025 |

**★旅行手配等のために必要な範囲内での運送・宿泊機関、保険会社等、ストリートチルドレンを考える会への個人情報の提供について同意のうえ、上記の旅行に申し込みます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **お名前**（漢字） |  | **記入日** | 年　　　月　　　日 |
| **ローマ字**（ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ記載名） |  | **性別** | （　)女／（　）男　( ) 無記入希望※いずれかに○を記入 |
| **生年月日**（西暦） | 　　　　年　　月　　日 | **職業** |  | **国籍** |  |
| **連絡先** |
| 現住所（〒　　　　　　　　　　　） |
| TEL： | FAX： |
| 携帯： | Eﾒｰﾙ： |
| **旅行中の日本側連絡先** |
| お名前： | TEL： |
| 続柄： | 携帯： |
| **会員登録** | ストリートチルドレンを考える会の会員ではない方は、○を→　（　　）入会案内をお送りします。　　 |
| **パスポート・データ**※**これから取得される方はとれ次第、データをお送りください。** | No. :　有効期限年月日 :　※日本のパスポートでない場合は、国名を→　＿＿＿＿＿＿＿ |
| **海外旅行保険**※いずれかに○を記入 | （　　　）オルタナティブツアーで加入する　（　　　）ご自身で加入する |
| **宿泊について** | （　　　）一人部屋を希望 | ※追加料金11,500 円が必要です。 |
| **旅行中、特別な配慮・****措置が必要ですか？** | （　 ）はい（　 ）いいえ | 「はい」の場合は具体的な内容をご記入ください。 |
| **ツアー説明会について**※いずれかに○を記入 | 2月前半にオンラインで行う場合、　（　　）参加　（　　）不参加　参加する方は、希望する日時をご記入ください。（希望日・時間帯は、 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 　航空券の購入について | 「ほかの参加者と同じフライトに乗りたい」など、　航空券購入の手伝いを、希望されますか？　　　希望する（　　）　　自分で自由に購入する（　　） |
|  空港送迎など、何か相談がある方　は、ご記入ください。 |  |

* 旅行手続きに必要な情報ですので、正確に全てご記入のうえ、パスポートのコピーとともに、

オルタナティブツアーの担当者へメール、ファックスもしくは郵便でお送りください。

* 申込時、18歳未満の方は後日「親権者同意書」を提出いただきます。
申込先　　（株）オルタナティブツアー

住所：〒660-0084尼崎市武庫川町4丁目27-1

TEL：06-6409-4333　FAX：06-7635-8703　E-Mail：iwai@alternative-toour.jp　担当：岩井

営業時間：平日10:00～17:00、土日祝は休業