

# ドクターズツアーお申込み・お問合せシート

和歌山県医師協同組合 行 **FAX** 0120-567-125

※上記でつながらない場合は、FAX 073-425-2227 へお送り下さい。

または、当組合 HP   お問合せフォームよりご希望下さい。  
スマートフォンの方は、右記 QR コードご利用ください▶



## ■お申込者

ご記入日 年 月 日

お名前	フリガナ 生年月日 年 月 日	貴 医 院 名	
ご住所	〒		
Tel	電話番号は日中ご連絡のとれる番号をご記入下さい。	Fax	

## ■お問合せ内容

コース番号	コース名	お問合せ内容(○で囲んでください)
		<ul style="list-style-type: none"><li>・ 詳しいパンフレットのお申込み</li><li>・ 詳しいことが聞きたい</li><li>・ ご参加申込み希望 (参加人数 名)</li></ul>
ご質問等、ご自由にご記入下さい。		

【ご参加申し込みご希望の方】 飛行機でご旅行予定の場合、混雑する可能性があるため早急にお席の確保をさせていただく必要があります(キャンセル可)ご協力よろしくお願い申し上げます。なお、こちらは正式な申込書ではございませんのでご記入いただきましてもご旅行お申込み扱いになることはございません。



同行者様 ①	[お名前] フリガナ	[性別] 男・女	[生年月日] 年 月 日生まれ
同行者様 ②	[お名前] フリガナ	[性別] 男・女	[生年月日] 年 月 日生まれ
同行者様 ③	[お名前] フリガナ	[性別] 男・女	[生年月日] 年 月 日生まれ
同行者様 ④	[お名前] フリガナ	[性別] 男・女	[生年月日] 年 月 日生まれ
同行者様 ⑤	[お名前] フリガナ	[性別] 男・女	[生年月日] 年 月 日生まれ

後日、各主催旅行会社から旅行日程の詳細及び旅行条件書(全文)をご説明させていただきます。旅行業法により、各主催旅行会社とおお客様との間で直接ご契約を結んでいただきます。ご不明な点等ございましたら、下記までご連絡ください。

和歌山県医師協同組合 TEL: 073-422-2678

※ご記入いただいた個人情報は、ドクターズツアーにおいてのみ使用し、その他目的には使用いたしません。

※和歌山県医師協同組合では、安心して旅行にご参加いただけますよう全コースに旅行傷害保険を付帯しております。