令和6年度台南市友好交流都市締結使節団　参加申込書

お名前	ふりがな				写　真 （サイズ4.5×3.5cm） **※貼らずにご持参ください** ※写真裏面に氏名を記入してください
	漢　字				
	ローマ字（パスポートと同じつづりでご記入ください）				
性　別	男・女	生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳） 2024/11/21現在		
現住所	ふりがな				
	〒				
電話番号	自宅電話		携帯電話		
メールアドレス					

＊メールアドレス確認のため、ご自身のメールアドレスから当協会 mcia@mito.ne.jp 宛てにテストメールを送信してください。
メールのタイトルは「台南市友好交流都市締結使節団」として、本文にご自身のお名前をフルネームでお書きください。

職　業	勤務先（会社名） 住　所				電話番号
留守中の連絡先	住　所				電話番号 （携帯電話）
	氏　名				本人との関係
有効な旅券をお持ちですか	有・無	旅券番号 お持ちの方のみ		有効期間満了日	20　　年　　月　　日
同室希望	・相部屋を【 希望する・希望しない（シングル利用）】 ・同室希望の方のお名前（いらっしゃればご記入ください）				※お一人様でお申し込みの方へ 原則としてシングル利用（追加代金あり）となりますが，相部屋希望の方は「相部屋を希望する」に○を付けてください。調整が付きましたら相部屋となりますが，できない場合はシングル利用となり追加代金をいただきます。
飛行機	・ビジネスクラスへの変更を【 希望する・希望しない（エコノミー利用）】				※ビジネスクラス料金については，お問合せください。
告知事項	・現在，ケガや病気で医師の治療や投薬を受けていますか。または，医師から精密検査や定期的な診察，治療や投薬等のいずれかをすすめられていますか。　いいえ　はい →（傷病名:　　） ・これまで継続して1か月以上入院したこと，または脳疾患や心疾患，ガン等の重症病を患ったことはありますか。 いいえ　はい →（その詳細:　　） ・食物アレルギーはありますか。　いいえ　はい →（その詳細:　　） ＊「はい」と答えた方：アレルギー症状が出た場合の治療薬はお持ちですか。 いいえ　はい →（ 飲み薬 ・ 注射 ） ・「エピペン」や「インスリン」などの自己使用注射器（針）を携帯しますか。 いいえ　はい →（種類:　　）				
喫　煙	・ホテル客室は禁煙 ・電子タバコの台湾への持込みは禁止です				

・参加に際して，主催者に知らせておきたいことや要望等がありましたらお書きください。