

※この予約申込書はコピーしてご利用ください。

※FAX送付後、翌営業日までにご連絡のない場合は、お手数ですが当該旅行会社までお問合せください。繁忙期等は翌々営業日のご連絡になる場合がございます。  
 ※ご希望のツアーのパンフレットの表紙と掲載ページのコピーをご一緒に送信願います。

**FAX:** FAX番号はご希望の旅行代理店をご選択ください。 **ライフサポート倶楽部 ツアーデスクオーダー FAX用紙** 年 月 日

◎今回のお申込みは  空き状況を知りたい。  補助率を知りたい。  予約を取りたい。

企画旅行会社			コースNo.			旅行期間	日間
コース名			第2希望コース名			第2希望コースNo.	
出発地			目的地				
出発希望日	第1希望	年 月 日 ( )	第2希望	年 月 日 ( )			
希望宿泊施設 <small>(パッケージツアーの場合も必ずご記入ください)</small>	宿泊日	施設名	部屋数	第2希望			
	月 日 ~ 泊						
	月 日 ~ 泊						
交通機関	月 / 日 (曜)	出発地	到着地	出発時間	便名または列車名	第2希望	
往路	航空機・JR / ( )					1. 禁煙 2. 喫煙	
復路	航空機・JR / ( )					1. 禁煙 2. 喫煙	
参加人数	大人: 名	子ども: 名	幼児: 名	旅行形態	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ハネムーン <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
旅行代金	大人: 円	子ども: 円	幼児: 円				

★参加者名のローマ字はパスポートと同じ綴りで(大文字)で記入してください。(例:YAMADA HANAKO)

参加者名	姓	名	生年月日/年齢/性別
1. ローマ字			西暦 年 月 日 才 ( MR. MS. )
漢字			
2. ローマ字			西暦 年 月 日 才 ( MR. MS. )
漢字			
3. ローマ字			西暦 年 月 日 才 ( MR. MS. )
漢字			
4. ローマ字			西暦 年 月 日 才 ( MR. MS. )
漢字			

所属団体名 (会社名)	会員番号
会員名	日中の連絡先TEL (自宅・会社・携帯)
書類送付先住所(〒 )	海外在住の方は、必ずメールアドレスをご記入ください。 日本からのご連絡はe-mailのみに限らせていただいております。
TEL. ( ) FAX. ( )	e-mailアドレス

補助金対象者	ご利用者	続柄	年齢	ご希望記入欄 オプションツアー、部屋割り、客室、食事条件、禁煙・喫煙、座席を要することも、添寝希望など
		本人・配偶者・子・その他 ( )		
		本人・配偶者・子・その他 ( )		
		本人・配偶者・子・その他 ( )		

お申込み者数	補助金対象者数	大人 名	補助金@ 円
--------	---------	------	--------

※ご所属の企業(団体)様の契約内容によっては、対象とならない場合がございます。

予約	変更	キャンセル	リソル予約センター回答欄
代理店回答欄			

<個人情報の取扱いについて>  
 お預かりしました個人情報、お申込みの手配に必要な範囲内のみにおいて使用し、ご本人の承諾なしに第三者(弊社と契約を締結した業務委託先を除く)に提供することはありません。リソルライフサポート(株)が定める(ホームページ<https://www.fukuri-resol.jp>)に記載の「プライバシーポリシー」を必ずお読みいただき、お申込みください。  
 ■個人情報に関するお問合せ先  
 〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-24-1 西新宿三井ビルディング12階 リソルライフサポート株式会社 個人情報保護相談窓口 E-mail: privacy-rls@resol.jp