

※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は、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式が定める巻末-3または(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。