**申込期限：平成29年1１月2７日(月)17:00必着！**

**鹿児島県「米国食品輸出促進ミッション」　参加申込書**

**平成２９年　　月　　日**

**E-MAIL(**[**kibc2@kibc-jp.com**](mailto:kibc2@kibc-jp.com)**)またはFAX(099-251-8483)にて鹿児島県貿易協会まで御連絡ください。**

**情報管理や今後やりとりのため，可能な限りＥ-ＭＡＩＬでの申込みに御協力ください。**

**★【　　】全行程参加（ＬＡ及びハワイ），　【 　】一部行程参加（ＬＡのみ）　←希望する行程に　○　を記入**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名  生年月日 | | フリガナ | | | | | | | | 男・女 | | | | | 西暦　　　　年　 　月　　 日生  (明・大・昭・平　　　　年) | | | | 旅行出発当日の年齢  歳 | |
| 漢字  (姓) | | | | (名) | | | |
| ローマ字表記  （パスポートと同じローマ字にて）　（姓）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（アパート、マンション名までお書きください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所へ  の連絡 | | □可　　　　　□不可　(不可の場合の連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | (　　　　　　) | | | | | | 携　帯 | | | | | | | (　　　　　　) | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 会社名 | フリガナ | | | | | | | | | | | | 部署名  役　職 | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ｅ－ｍａｉｌ： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | (　　　　　) | | | | | | ＦＡＸ | | | | (　　　　　) | | | | | | | | | |
| ご旅行中の  国内緊急  連絡先 | | 氏名(フリガナ) | | | | | 住所(フリガナ) | | | | | | | | | | | | | 続　柄 | |
|  | | | | | □現住所と同じ　　　　　　　　　　　　　　（アパート、マンション名までお書きください）  〒 | | | | | | | | | | | | |  | |
| 電話 | | (　　　　　　) | | | | | | | ＦＡＸ | | | | | | (　　　　　　) | | | | |
| 海外旅行保険  について | | □ 旅行社(東武トップツアーズ)で加入する | | | ※別途保険申込書をご案内いたします7日間の場合（7,730円～11,440円。推奨9,090円） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ ご自分で加入する | | | ※ご署名 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| ESTA  について | | □ 旅行社(東武トップツアーズ)で加入する | | | ※手続き費用としてお一人様5,400円 | | | | | | | | ※ 有効期限2年間 | | | | | | | | |
| □ ご自分で加入する | | | ※ご署名 | | | | | | | | ※ ESTAの申請はアメリカ渡航には必須です。旅行社でお申込されない場合は必ずご自身で申請手続きを完了してください。申請後、申請番号・有効期限をご連絡ください。 | | | | | | | | |
| 1. パスポート（旅券）の顔写真のページのコピーを貼付してください。 2. **パスポートをお持ちでない方（これから申請をされる方）は**   **パスポート申請時のお名前のアルファベット表記をご記入ください。**  **（後日、パスポートが届きましたら、ＦＡＸでお送りください。**  **（姓）　　　　　　　　　　　 　　（名）**   1. パスポートの有効期限を今一度お確かめください。 2. パスポートの残存期間は、本来なら９０日以上あるのが望ましいが、この旅行においては、パスポートの残存期間が６ヶ月＋滞在日数以上にてお申込みください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |