**申込期限：令和５年９月１３日(水)17:00必着**

**鹿児島県「米国ロサンゼルスにおける食品販路開拓視察（10月）」　参加申込書**

**令和５年　　月　　日**

**E-MAIL(**[**kibc1@kibc-jp.com**](mailto:kibc1@kibc-jp.com)**)またはFAX(099-251-8483)にて鹿児島県貿易協会まで御提出ください。**

**情報管理や今後の連絡のため，可能な限りＥ-ＭＡＩＬでの申込みに御協力ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  （治療・救護費用「無制限」タイプ　7,000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5,５00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。 | | | | | | | | |
| □ 　取　得　済 | | | ※有効期限 | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |