

2026年度 アナハイム市親善訪問及びアメリカ文化・行政視察団 参加申込書

お名前	ふりがな				写 真 (サイズ4.5×3.5cm) ※ここに貼り付けてください ※この写真は団員用のしおりに そのまま転用します。
	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) 2026/11/15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。 メールタイトルは「アナハイム市親善訪問団」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)			電話番号	
	住 所				
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	・ツイン利用を【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)			客室は原則としてシングル利用です。相部屋ご希望の方は「ツイン利用を希望する」に○を付けてください。客室をツイン利用の場合、宿泊料金は68,000円減額となり参加費用から、その額を差し引きます。	
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:)				
・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。					