

ガリバー旅行バリアフリースーツアー申込書

* 別紙取引条件説明書(パンフレット、旅行条件書、受注型企画手配旅行約款)に記載の旅行条件及び旅行手配に必要な範囲内で関係各所(運送・宿泊機関、同行介護士等)への個人情報の提供について同意の上、以下の旅行に申し込みます。

【旅行申込日 令和 年 月 日】

旅行名		ツアーコード	
旅行期間			

代表者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	お名前	様		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日(歳)
住所	(〒 -)			電話	() -	
歩行		<input type="checkbox"/> 一人で歩ける(杖利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 見守り希望 <input type="checkbox"/> 介助が必要				
杖タイプ(杖利用「有」にチェックの方のみ)		<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> ロフストランドクラッチ <input type="checkbox"/> 多点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器型杖				
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見にくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない			聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる	

同行者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	お名前	様		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日(歳)
住所	(〒 -)			電話	() -	
歩行		<input type="checkbox"/> 一人で歩ける(杖利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 見守り希望 <input type="checkbox"/> 介助が必要				
杖タイプ(杖利用「有」にチェックの方のみ)		<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> ロフストランドクラッチ <input type="checkbox"/> 多点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器型杖				
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見にくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない			聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる	

ご旅行参加中の緊急連絡先 (※電話番号は、携帯電話・勤務先等、日中連絡がとれる番号をご記入下さい)			
ふりがな		代表者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()
氏名	様		
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先(名称:) () -		