## ハワイ保養施設

申込書送付先: インケアハワイ㈱

イリカイ(コンドミニアム)利用申込書 FAX: 03-5470-8288

	チェッ	クイン	チェックアウト														Т			
利用日	1		年	Ę	J	月		日		~			白	Ŧ.		月		日		泊
航空券	1 🖹				する。			手配済の際は、個			便名	更名をご記入くださし		さい	$\longrightarrow$		便	往路		
加工勿	2 糸				航空便(成田⇔ホノ)		ノルル	レル)を利用する。※ホ			※ホノ	ホノルル空港⇔イリナ		リカー	っての送迎あり		名	復路		
保険証記号□			[漢字]			姓(S			urname)/名(Given r			n nan				别		川用者区分		備考
保険証番号□			[ローマ字 ] *パ		パスポ	スポート通りのスペルでご記入					入くださ	±ι			利用有区方		かけっち			
												(利用	責任者	雪)	男	女	+ 1	、家族 その	スの出	
																歳	本人	、豕跃	て 0.71世	
															男	女	* \	、家族	その他	
																歳	歳		C 07 IE	
															男	女	+ 1	、家族	その他	
																歳	本人			
															男	女	* 1	、家族	その他	
																歳	本人			
					_		•								男	女	+ 1	、家族	その他	
																歳	本人			
															男	女	* 1	宝佐	その他	
																歳	本人	、豕跃	ての他	
合言	名	(;	大人		名	·小ノ			名)	(注)	小学生	未満は	小人	、、小学	生以上か	ら大.	人でカウ	ントしてく	ださい。	
	事業所:	名																		
利用責任者														/ 145 alls						
	電話番	電話番号		(事業所)					(自宅)					(携帯)						
	自宅住	听	Ŧ																	
-		渡航中の 連絡先※			(氏名) (TEL) (和								(利用:	利用責任者との続柄)						

※渡航中の連絡先は、不測の事態に備えての緊急連絡先となりますので、利用者以外(日本にいる方)をご記入ください。

【利 用 料 金】 1泊1室 21,000円 (別途 税金として17.96%加算)

【キャンセル料】 旅行開始日の前日より起算し30日~15日 利用料金の 50%

旅行開始日の前日より起算し14日~当日 利用料金の100%

【利用料の振り込み】 インケアハワイ㈱よりご利用案内及び請求書が利用責任者の自宅へ郵送されます。

利用料金をインケアハワイ㈱にお支払い下さい。

【取 消・変 更】 利用日の変更・利用人数の変更、取消については必ずインケアハワイ㈱へご連絡下さい。

☆記入いただいた住所等の個人情報につきましては施設利用に関する書類の送付、申込内容の確認、施設への利用連絡以外の目的で使用することはありません。

※下記は記入しないでください。

予約番号	部屋番号	