

アクトツーリスト FAX申込用紙

* 弊社のご利用が初めての場合、パスポートのコピーもFAXにてお送りください。

予約 問い合わせ * どちらかをお困みください

代表者(漢字)			
電話番号		FAX番号	
行先		出発空港	
ご希望の航空会社			
出発日		帰国日(現地出発日)	
旅行者名(パスポート記載のアルファベット名にてご記入ください ミドルネームは不要です)	性別	お子様の場合のみ生年月日	
1		年	月 日
2		年	月 日
3		年	月 日
4		年	月 日
5		年	月 日
6		年	月 日
質問事項等			

行先		出発空港	
ご希望の航空会社			
出発日		帰国日(現地出発日)	
旅行者名(パスポート記載のアルファベット名にてご記入ください ミドルネームは不要です)	性別	お子様の場合のみ生年月日	
1		年	月 日
2		年	月 日
3		年	月 日
4		年	月 日
5		年	月 日
6		年	月 日
質問事項等			

電話番号: 072 - 463 - 5222

FAX番号: 072 - 463 - 5224