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　　＊どちらかをお囲みください

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