

## トラヘル・ハワイ 人工透析斡旋サービス申込書

<b>ローマ字</b>	YAMADA Tarou		性別(男・女を)	婚姻(未・既)	弊社 利用回数
氏名	山田 太郎		男	既	1 回目
郵便番号	〒 432-0543	e-mail:	<a href="mailto:info@kenji2.sakura.ne.jp">info@kenji2.sakura.ne.jp</a>		
<b>ローマ字(英語表記で)</b>	123-45 Nihonbashi Cyuuou-ku Tokyo, Japan		TEL:	03-123-4567	
自宅 住所	東京都中央区日本橋123-45		FAX:	03-123-5678	
生年月日(西暦)	1960 年 1 月 1 日生	50 歳	No.		
勤務先	会社名	トラベル・ヘルパー株式会社		携帯電話:	090-123-4567
	所属	EZ事業部第2生産技術部		携帯メール:	<a href="mailto:kenji2hawaii@domo.co.jp">kenji2hawaii@domo.co.jp</a>
日本の透析	<b>ローマ字(病院名)</b>	Hanamura Clinic		TEL:	03-432-1234
	病院・施設名	花村クリニック		FAX:	03-432-1111
	<b>ローマ字(英語表記で)</b>	45-32 Ginza Cyuuou-ku Tokyo, Japan		<b>ローマ字(姓、名)</b>	HANAMURA Sachiko M.D
	病院住所	東京都中央区銀座45-32		担当医師名	花村幸子
	透析導入日	1999 年 10 月 22 日	透析時間	4.0 時間	
旅行情報	ハワイ到着日	2010 年 3 月 6 日	<b>ローマ字(ホテル)</b>	Waikiki Sunset	
	ハワイ出発日	2010 年 3 月 12 日	滞在ホテル	ワイキキ・サンセット	
	旅行代理店	ABC旅行		滞在中の連絡先(上記ホテル、携帯の電話)	808-321-1234
	緊急連絡先	氏名 山田花子	続柄 娘	左記連絡先電話(携帯)	080-1243-4231
回数	透析場所(注1)	透析希望日	希望開始(注2)	送迎(注3)	付添い&通訳(注3)
1	Honolulu	2010 年 3 月 7 日	7:00	要	要
2	Honolulu	2010 年 3 月 9 日	7:00	要	要
3	Honolulu	2010 年 3 月 11 日	12:00	要	要
4		年 月 日			
(注1): Honolulu(ホノルル)・Maui(マウイ島)・BigIsland(ハワイ島)・Other(その他)のいずれかをお書きください					
(注2): 希望開始時間は「7:00」am、「12:00」pm、「16:00」pmからお選びください。					
(注3): オプションサービスの内容を確認し、「要」-「不要」を明記ください。「要」の場合は別途オプション料金が必要になります。					
保険請求の要-不要	要	←海外療養費 還付 「要」-「不要」を必ずご記入ください。			
健康保険の種類	社会保険	←「国民保険」-「社会保険」-「その他」を必ずご記入ください。(注4)			
(注4): 国民・社会保険申請書は弊社でご用意いたしますが特別なフォームが必要な方は事前に送付ください。					
<特記事項+ご質問欄> <span style="color: red;">Hbs抗原が"Positive"陽性(+)の場合は必ず明記ください。</span>  VIPサービス希望					
【承諾事項 & 免責同意書】				ハワイ滞在中の透析回数	2
私は、弊社のサービスを理解し、ハワイでの透析医療機関との仲介をする基本サービスとそれに関連するオプションサービスに申し込みます。この時、ハワイの透析医療機関が必要とする医療&支払いに関する記録を弊社が取り扱う事を承認致します。また私は、弊社のキャンセルポリシーを理解し、キャンセルが発生した場合、これに従います。尚、弊社のこれらのサービスにより生じた損失、損害について、いかなる責任や賠償をも弊社に責任の追及をしたり、損害賠償請求をしないことに署名をもって誓約します。					
日付 2010 年 1 月 31 日			署名(サイン)		山田 太郎