

OMC ドクターズツアー申込書

FAX 0120-36-2012

上記番号でつながらない場合は、FAX 06-6768-2012 へお送りください。

大阪府医師協同組合 旅行係行

平成 年 月 日

() 申込希望 ・ () 資料請求希望

※ご希望の方に○を付けてください。資料請求をご希望の場合は、旅行会社よりお送りいたします。

※ 全ての項目にご記入をお願いいたします。同行者の住所・TELが申込者と同じ場合、「同上」とご記入ください。

申込者 ご氏名	フリガナ	参加人数	人	コース番号	
コース名				出発日	
ご住所	〒				
TEL		FAX		生年月日	性別

同行者① ご氏名	フリガナ				
ご住所	〒				
TEL		生年月日		性別	

同行者② ご氏名	フリガナ				
ご住所	〒				
TEL		生年月日		性別	

同行者③ ご氏名	フリガナ				
ご住所	〒				
TEL		生年月日		性別	

同行者④ ご氏名	フリガナ				
ご住所	〒				
TEL		生年月日		性別	

※ご記入いただいた個人情報、ドクターズツアーにおいてのみ使用し、その他目的には使用いたしません。

※大阪府医師協同組合では、安心して旅行にご参加いただけますよう、全コースに以下の補償内容で旅行傷害保険を付帯しております。

ご自身で保険を申し込まれる際は、保険金額設定のご参考になさってください。

【補償内容】 海外旅行：傷害死亡・後遺障害 1,000万 疾病死亡 1,000万

国内旅行：傷害死亡・後遺障害 1,000万 入院保険日額 10,000円 通院保険日額 5,000円