

Nichiai Ltd (ニチアイ株式会社) 御中

ワーキングホリデー・サポートプログラム お申込書

ご本人	お名前		性別	男性・女性	生年月日	
	現住所	(〒)				
	電話番号		携帯電話番号			
	FAX番号		メールアドレス			

緊急連絡先	お名前		本人との関係			
	住所	(〒)				
	電話番号		携帯電話番号			
	FAX番号		メールアドレス			

ワーキングホリデーサポートプログラム・お申し込み内容				お支払額 () ユーロ	
<input type="checkbox"/>	(A12) 1年サポート	350ユーロ	<input type="checkbox"/>	(M12) 1年サポート+モデム	560ユーロ
<input type="checkbox"/>	(A6) 6ヶ月サポート	270ユーロ	<input type="checkbox"/>	(M6) 6ヶ月サポート+モデム	390ユーロ
<input type="checkbox"/>	(A3) 3ヶ月サポート	160ユーロ	<input type="checkbox"/>	(+S) 学校並行申込割引(週間) 週-5ユーロ	

サポート期間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで
--------	-----------------------

現地到着スケジュール	20 年 月 日 時刻 時 分
	便名 到着空港名

サポートプログラム費用のお支払方法					
<input type="checkbox"/>	国際送金				
<input type="checkbox"/>	クレジットカード(手数料4%加算)	カードの種類	()VISA ()MasterCard ()JCB		
<input type="checkbox"/>	デビットカード(手数料不要)	カードの種類	()VISA ()MasterCard ()Laser		
	カード番号(前8桁のみ)	安全のため後8桁は別メールで送信して下さい			
	有効期限(月/年)	CVV番号			
<input type="checkbox"/>	その他 ()				

私は、ニチアイのアイランドにおけるワーキングホリデー・サポートプログラムの内容を理解し、現地におけるサービス・サポートを受けるため、当サポートプログラムに申し込みをいたします。

お申し込み日 20 年 月 日 署名

以下は、ご本人が20歳未満(日本出発日現在)の場合のみ、保護者・親権者が記入・署名して下さい。

私は、 がアイランドのワーキングホリデーに参加し、ニチアイのサポートプログラムに申し込みをすることを承諾いたします。

承諾日 20 年 月 日 署名 本人との関係