

旅サポーター申込書

◎ 旅サポーターサービスご希望内容（該当箇所のみご記入ください。）

ご利用者様	お名前（フリガナ）			
	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご自宅住所			電話番号	
入居施設			介護責任者	
施設住所			施設 TEL	
希望日	平成	年	月	日 ~ 日間
行程	お迎え場所_____ 日時 / () : 出発 行先① ② ③ ご希望の移動方法： お送り場所_____ 日時 / () : 到着			
目的				
同行者	人数	名	（利用者様とのご関係：_____）	
ご利用内容	<input type="checkbox"/> 内にし印を入れてください。			
	<input type="checkbox"/> 終日同行介助希望（1日12時間(8時～20時)の内、介護実労8時間以内） <input type="checkbox"/> 半日同行介助希望（介護実労4時間以内となります） <input type="checkbox"/> 入浴介助希望（90分、スタッフ1名16,200円税込）			
*宿泊をともなう場合 <input type="checkbox"/> 同室宿泊希望 <input type="checkbox"/> 夜間介護希望				
旅サポーターサービスをご利用になる理由				
◎旅サポーターの性別の希望 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> どちらでも可 ◎旅サポーターの指名をご希望されますか？（指名料：1日/1,080円税込） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 旅サポーターの名前（_____） ◎事前顔合わせをご希望されますか？（1時間/5,400円税込+交通費） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

名鉄観光サービス(株) 旅サポート事業推進室
 TEL：052-582-2164 / FAX：052-582-0050
 E-MAIL：tabisupport@mwt.co.jp
 〒450-8577 名古屋市中村区名駅南二丁目14-19 8階
 観光庁長官登録旅行業第55号 日本旅行業協会正会員