

**涉外司法書士協会様 2019年 モンゴル視察
(草原1泊) 5日間**



日次	日付	都市	時間・交通機関	内容				
1	11/2(土)	成田空港 ウランバートル	13:30 成田空港ご集合 * 国際線 * OM502便 15:30 成田空港発 20:25 ウランバートル着 * 車 *	◇ご出発の2時間前までに、成田空港 第一ターミナル南ウイング モンゴル航空チェックインカウンターへお越し下さい。 ◇午後：モンゴル航空にてモンゴルの首都ウランバートルへ。(飛行時間＝約5時間55分) ◇到着後、日本語ガイドがお迎えし、専用車にて市内ホテルへ。	食事			機内食
		宿泊：バヤンゴルホテル						
2	11/3(日)	ウランバートル 近郊草原	* 車 *	◇午前：ホテルにて朝食後、日本語ガイドと共に、近郊草原のツーリストキャンプへ。 (テレルジ国立公園またはトゥブ県など、走行＝約2-3時間、約80-100km)。 ◇午後：乗馬体験と遊牧民訪問。 (乗馬は天候や馬の状況により、明日の午前または中止となります。) ◇昼食・夕食：ゲル ※日本語ガイド、ドライバーも同キャンプへ宿泊します。 ※天候が良ければ、満天の星空が鑑賞できます。	食事	朝食	昼食	夕食
		宿泊：ツーリストキャンプ						
3	11/4(月)	近郊草原 ウランバートル	* 車 *	◇午前：ツーリストキャンプにて朝食後、車でウランバートルへ。 (走行＝約2-3時間、約60-80km)。 ◇午後：市内レストランにて昼食後、ウランバートル市内視察。 訪問先未定。(2日間で、4-5ヶ所予定。モンゴルの法律事情を知る。法律事務所、会計事務所、登記・登録関係、裁判所、公証役場、法務局・省、JICA、JETRO、日本モンゴルセンターなど) 午後：2ヶ所 ① ② ◇昼食・夕食：市内レストラン	食事	朝食	昼食	夕食
		宿泊：バヤンゴルホテル						
4	11/5(火)	ウランバートル	* 車 *	◇終日：ホテルにて朝食後、ウランバートル市内視察。 訪問先未定。 午前：1ヶ所 ③ 午後：2ヶ所 ④ ⑤ ◇昼食・夕食：市内レストラン ◇滞在中、時間があれば、市内中心にあるスフバートル広場(下車)、市民の台所・食品市場(開いていない場合はデパートまたはカシミア専門店)でショッピングを予定しています。	食事	朝食	昼食	夕食
		宿泊：バヤンゴルホテル						
5	11/6(水)	ウランバートル 成田空港	* 車 * * 国際線 * OM501便 08:55 ウランバートル発 14:30 成田空港着	(朝食会場が何時から開くか確認。お弁当予定) ◇早朝：日本語ガイドが車で空港へお送りします。 ◇モンゴル航空にて帰国の途へ。(飛行時間＝約4時間35分) ◇午後：成田空港到着。 入国審査、通関。 ...ご自宅まで気をつけてお帰り下さい。	食事	機内食		
		宿泊：						

出発日 2019 年 11 月 2 日	ツアー名 涉外司法書士協会様 2019年 モンゴル視察
出発地 東京・大阪・名古屋()	第2希望等
ふりがな 参加者の お名前	性別 ローマ字名(パスポートのローマ字表記と同じ 姓 / 名) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 パスポート旧姓記載()
生年月日 (大・昭・平 年) 西暦 年 月 日(才)	国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> (国名:)
パスポート番号(必ずパスポートコピーを本状と一緒に送ってください)	発行日
	有効期限
現住所 〒	TEL _____ FAX _____ 携帯 _____
e-mailアドレス	連絡方法 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> e-mail
ご職業：会社員・会社役員・医師・看護師・自営業・公務員・教職員・農業・漁業・学生・主婦・無職・その他(具体的に)	
勤務先 (学校名)	住所 〒 TEL _____ FAX _____
ご旅行中の国内連絡先 ふりがな お名前	住所 〒 続柄 () TEL _____ FAX _____ 携帯 _____
飛行機の座席のご希望 (<input type="checkbox"/> 窓側 <input type="checkbox"/> 通路側 <input type="checkbox"/> 希望なし) 同行者と(<input type="checkbox"/> 通路から並び <input type="checkbox"/> 窓から並び <input type="checkbox"/> 別々 <input type="checkbox"/> 何れでも可) <small>注) 航空会社、航空券の種類、時期などによって指定できないことや、ご希望の座席がない場合があります。予めご了承ください</small> ホテルの部屋は <input type="checkbox"/> 1人部屋を希望(要追加料金) <input type="checkbox"/> 相部屋を希望(同室希望者:) ビザ(査証)またはESTA取得は <input type="checkbox"/> 風の旅行社に代行申請を依頼(有料) <input type="checkbox"/> ご自身で取得 <input type="checkbox"/> 既に取得済み 海外旅行保険 は(必ずご記入ください) <input type="checkbox"/> 風の旅行社で加入 <input type="checkbox"/> 他社で加入 <input type="checkbox"/> クレジットカード付帯保険のみ <input type="checkbox"/> 加入しない <small>注) 万一の事故に備えご加入をお奨めします。無保険や保険金額が不足した場合は、治療や救援の費用は自己負担となります。 また、コースによっては、治療救済費用が1500万円以上の保険にご加入いただきます。予めご了承ください。</small> たばこ(今現在) <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない 食事制限・食物アレルギー <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし (制限食物) その他、食事への配慮が必要でしたらお書きください () <small>注) 食事制限及び食事への配慮は、可能な限り配慮いたしますが、できない場合もありますので予めご了解ください。</small>	
海外渡航歴 海外旅行は今回で 回目 今回の訪問地は 回目	以下の国々、地域に行かれたことがありますか。該当国を○で囲んでください ネパール、チベット、ブータン、モンゴル、中国シルクロード、中央アジア、雲南・貴州、モロッコ、 ペルー、その他の南米、その他の渡航先()
今回のご旅行を申込むにあたって、参考になったものがございましたらお答えください(複数回答可) <input type="checkbox"/> 説明会やイベント → イベント名() <input type="checkbox"/> ()様のご紹介 <input type="checkbox"/> 風の季節便 <input type="checkbox"/> 風の季節便リマインダー <input type="checkbox"/> 弊社パンフレット(風の季節便、風の季節便リマインダー以外) <input type="checkbox"/> 弊社メールマガジン「つむじかぜ」 <input type="checkbox"/> 弊社ホームページ <input type="checkbox"/> その他インターネット・SNS <input type="checkbox"/> 地球の歩き方 <input type="checkbox"/> エービーロード <input type="checkbox"/> その他()	
キャンプ生活の経験はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	ある場合は今までに 回 / 最高連続 泊
オプションツアーのご希望、その他特記事項等がございましたらお書きください。	

別紙取引条件説明書面に記載の旅行条件および旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関等その他への個人情報提供について同意の上、上記の旅行に申し込みます。

※ご署名をお願いいたします。 20 年 月 日
 ご参加者本人またはお申込者署名

弊社は、ご旅行中、お客様の健康に関して出来る限りの配慮をするとともに、万一の事態に際しては、医療機関等への情報提供のため、以下の健康アンケートの提出をお願いしております。ご提出いただきました個人情報に関しましては、弊社ホームページにて公開しておりますプライバシーポリシーの規定に従って管理し、目的以外には使用いたしません。

健康アンケート

ご記入日西暦 年 月 日

ふりがな お名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	血液型 ABO型	型	血液型 RH型	<input type="checkbox"/> +型 <input type="checkbox"/> -型
身長	cm	体重	kg	脈拍(平常時)	回/分	血圧 (上 下)

●現在治療中の病気または怪我はありますか。(ある ない) ・ある方は、その内容をお書きください。

●現在服用中の薬がありますか(ある ない) ●薬アレルギーはありますか。(ある ない)
 ・ある方は、薬剤名と効能(病名)をお書きください。 ・薬アレルギーがある方は、その内容をお書きください。

●今までに罹った病気がありますか。(ある ない) ある場合は丸印をつけ()にその時の年齢をご記入下さい。

高血圧()歳 心臓病()歳 糖尿病()歳 脳血管障害()歳 腎臓病()歳 癌()歳
 肺結核()歳 胃十二指腸潰瘍()歳 睡眠障害()歳 てんかん()歳 甲状腺疾患()歳
 睡眠時無呼吸症候群()歳
 手術(部位:) ()歳
 その他()

●喫煙の有無: (吸う 吸わない) ●飲酒の有無: (飲む 飲まない)

・吸われる方は以下お答えください。

・飲まれる方は以下お答えください。

喫煙量/日: 10本以下
10~20本位
20~30本位
30~本以上

1回の飲酒量: ほんの少し(缶ビール1本程度)
ほどほどに(生ビール中1~2杯程度)
結構のむ(生ビール中3~4杯程度)
かなりのむ

喫煙歴: 3年未満
4~10年
10年以上

飲酒頻度: たまに(月2回程度)
しばしば(週1~2回程度)
頻繁に(週3回~4回)
毎日

●日ごろの運動量はどれくらいですか? (かなり運動する 時々運動する 殆ど運動しない)

●お願い

現在治療中の病気や薬を常用されている方は、「英文薬剤証明書」や「旅行用英文診断書」を作成し、旅行中常に携帯することをお勧めします。「英文薬剤証明書」は、服薬している薬の成分名や服薬理由(病名など)を英文で書いたものです。「旅行用英文診断書」は、健康状態や病態について英文で記されたもので、いずれも現地の医療機関に受診することになった場合、非常に重要です。海外の医師の場合、医療情報がはっきりとわからない患者に対しては、積極的な医療を行わなかったり、緊急時の対応が遅れてしまうこともあります。ご自身の危機管理の一環として、是非ご検討下さい。

尚、上記書類の作成については主治医の方にご相談下さい。主治医の方をサポートし医療用英文書類作成をするサービス(<http://www.obm-med.co.jp/>)もございます。詳細および不明な点は、弊社担当までお問い合わせください。

弊社使用欄

--	--