

		契約者NO		
契約者情報				
代表者情報	ふりがな			生年月日
	氏名			
	住所	〒 —		
申し込み人数	人		ご利用料金計	円
お支払い方法				
クレジットカード (PAYPAL) でお支払いの方は以下をご記入して下さい。 (但し、FAXでお申し込みの場合、アメリカで発行されたものに限ります。)				
国	姓	名		
クレジットカードタイプ (○で囲む) ・VISA ・MASTER ・AMEX ・DISCOVERY				
クレジットカード番号			有効期限	月 年
カード確認コード (カード裏面の3桁の番号)			郵便番号	〒
ご住所				
FAX番号				
メールアドレス				
滞在情報				
ハワイへの入国日	年 月 日	滞在期間	<input type="checkbox"/> 1～7日間 <input type="checkbox"/> 1～63日間 <input type="checkbox"/> 1～14日間 <input type="checkbox"/> 1～94日間 <input type="checkbox"/> 1～31日間	
ハワイからの出国日	年 月 日			
滞在ホテル名				
日本への緊急連絡先				
緊急連絡先	ふりがな			電話番号
	氏名			
	住所	〒 —		
アンケート調査にご協力ください。(任意回答)				
当社をどのようにして知りましたか？				

団体で申し込みの際は、代表者が、加入者全員の緊急連絡先 (日本) を所持しておく。

※現金払いの場合は申し込み用紙1枚につき別途\$5.00必要です。
 ※クレジットカードでのお申し込みの場合は、手数料としてお一人様当たり別途\$3.00必要です。

出発日当日から7日以内にキャンセルの場合申し込み料金に対して100%頂きます
 出発日8日前から14日以内にキャンセルの場合申し込み料金に対して50%頂きます

※上記の事に同意しHIGASHIDE, LLCと契約します。

年 月 日 年 月 日 ご署名 印