

# 看護師旅行付添依頼書

沖縄地区依頼書

令和 年 月 日 依頼

フリガナ 学校名 (団体名)				学校長印						
フリガナ 校長名		フリガナ 修学旅行 担当者名								
フリガナ 所在地	〒									
TEL		FAX								
旅行会社名		支店名								
担当者名		TEL		FAX						
添乗員名	(携帯番号)									
旅行日程	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)									
旅行先		利用バス 会社								
参加人数	男 名	女 名	総数 名							
看護師依頼人数	名		前泊	<input type="checkbox"/> 可 : <input type="checkbox"/> 否						
前泊宿泊場所			TEL							
集合場所			集合時間	AM :PM 時 分						
解散場所			解散時間	AM :PM 時 分						
看護師による事前 打合わせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 電話での打ち合わせ <input type="checkbox"/> あり 約 回(① 月 日頃予定 ② 月 日頃予定)									
救急バッグ	<input type="checkbox"/> 団体様でご用意下さい。		精算	<input type="checkbox"/> 旅行社 <input type="checkbox"/> 学校(団体)						
備考										
<table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td>氏名報告</td> <td>精算</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					受付	氏名報告	精算			
受付	氏名報告	精算								

1. 本依頼書と行程表をFAX(098-882-1150)にてお送り下さい。

2. ホームページより、契約書を2部出力頂き、2通とも押印の上、弊社宛ご郵送下さい。

※なるべく旅行出発40日前までにご依頼下さい。

(10月~12月は大変込み合います)

## 沖縄介護センター

〒902-0062沖縄県那覇市松川531-1  
 TEL:098-882-1156 FAX:098-882-1150  
 HP <http://www.okinawakaigo.co.jp>