

新潟県車椅子友の会ハワイ研修旅行申込書 (FAX送信シート)

この度は新潟県車椅子友の会ハワイ研修旅行にお申し込みいただきまして誠に有り難うございます。
下記項目をご記入の上、ご返信下さいますようお願い申し上げます。
後日、旅行会社よりご参加人数分の正式旅行参加申込書をご郵送いたします。

ふりがな お名前：	年齢	障害者手帳番号	
	障害名	種	級
現住所：	市 郡	電話番号	- -
同室希望者名：	基本的に2人1室利用です。 同行者人数 名		
車椅子種類：	手動	折り畳み	可 不可
	電動	バッテリー	ドライ ウエット
車椅子サイズ：長さ	cm 幅	cm 高さ	cm 重さ kg

航空会社の規定により車椅子利用者搭乗人員制限がございますので、下記質問にお答え下さい

問1. 空港で車椅子は必要ですか？

はい _____ → どのくらい歩くことは出来ますか？

いいえ

歩けるが車椅子があると望ましい

短い距離であれば歩ける

歩けない

ホテルでは、ハンディーキャップルームを5室確保しておりますが、全員の方がご利用いただけるものでは、ございませんのでご了承下さい。(ハンディーキャップルームは、ダブルベット仕様のツインルームです)

問3. HCルーム利用を希望する 一般客室(洋室)利用で良い(洗面・トイレはフラットです)

空港～ホテル間や観光時にリフト付きバスの利用予定を致しております。
バスに車椅子を固定出来る数が限られておりますので、ご希望をお知らせ下さい。

問4. 車椅子固定を希望する 一般座席に移る

日常生活行動については、ご自身で行って頂きますので介助が必要な場合は、介助者の同行をお願いいたします。

*****ご質問等ございましたら、下記へお気軽にお問い合わせ下さい*****

主催・お申込先 〒950-3313 新潟市太田3706番地 新潟県車椅子友の会 事務局長: 箱岩 松男 TEL・FAX 025-387-5136	旅行企画・実施・お問い合わせ先 タビックスジャパン 長岡支店 障害者のための 自由な旅+  TEL: 0258-35-1100 FAX: 0258-35-1888 担当: 村田 哲也 E-mail: t.murata@tabix.co.jp	複数の申込はこの用紙をコピーしてお使い下さい。
---	--	--------------------------------