

シンガポールビザ代理申請確認書（兼申込書）

ご記入いただく前に、別紙「お引受条件」のご確認をお願いします。本書は、弊社がお客様のビザ申請手続きの代行をお引き受けするにあたりその手続きを進める為にご記入いただくもので、それ以外の目的では使用いたしません。

*** 渡航者の国籍によっては、航空機乗り継ぎ等通過であってもビザが必要となる国があります。充分ご注意ください。（例：アメリカ、イギリス等）**

出発予定日	20 年 月 日	ビザ申請サポート依頼国名	国名を記入 シンガポール	渡航目的 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 業務 <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> 交流訪問 <input type="checkbox"/> その他()	渡航期間 日/ヶ月/年
氏名	(フリガナ) 姓 (名)	男・女	出生地	国 籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> その他 ()
		未婚・既婚 (旧姓)			
ローマ字	(旧姓)	生年月日	西暦 年 月 日 (才)		
現住所	(フリガナ) (〒 -)	携帯	() -		
		Fax	() -		
		E-Mail			
勤務先・学校	(フリガナ) 名称 英文名称 (あれば)	所属部課	英文名称(あれば)		
	(フリガナ) (〒 -) 所在地	電話	() -		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 会社社長 <input type="checkbox"/> 団体職員 <input type="checkbox"/> 団体役員 <input type="checkbox"/> 個人経営者 <input type="checkbox"/> 公務員 (国家・地方) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 医者 <input type="checkbox"/> その他 () 《該当するものに○》				
希望連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 日中の電話連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他(電話番号. - -)	郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 (〒 -)		
有効なパスポートをお持ちの方	パスポート番号			有効期限	年 月 日

弊社はお客様のビザ申請手続きをお引き受けいたします。
ご依頼をキャンセルする場合は、当社規定の取消料が発生致しますのでご注意ください。

■必ずご署名ください。



私は、お引受条件を承諾し、ビザ代理申請を申し込みます。
また、出発希望日までにビザ審査が完了しない可能性を承知しています。

年 月 日 ご署名

印

(申請者が20歳未満の方の場合は、親権者の方の同意が必要です。)

親権者ご署名

印