

# 【旅行代理店様用／複数校】

## 修学旅行パスポート送付申込書

**【申込先】 FAX : 019-653-4422**

(TEL : 019-604-3305)

(公財) 盛岡観光コンベンション協会 観光文化情報プラザ 宛

申込日：

旅行会社名	
ご担当者名	
★住所・連絡先 (送付先)	〒  電話番号： FAX番号：
学校名	<b>※2ページ目にご記入ください</b>
生徒数 (班数)	
同行する先生	
修学旅行予定日	
希望部数 合計	(            校分合計＝ )            部  ※2ページ目に学校毎の情報について記入をお願いします。 ※生徒1名につき1部、先生1名につき1部でお願いいたします。
その他連絡欄	

**【お願い】** 大変恐れ入りますが、送料をご負担いただきますようお願い申し上げます。

※了解いただいた場合は□に✓をお願いいたします。  
(注：チェックが無いと発送対応できません。)

**着払い発送を了解します□**

### 事務局使用覧

発送日	確認者	★発送方法✓	★発送担当	受付者	受付日
月 日		□着払い			年 月 日
備考					

【旅行代理店様用／複数校】

1	学校名	(ご担当者名： )
	ご住所	〒
	TEL/FAX	TEL： FAX：
	生徒数（班数）	名（ 班） 同行する先生 名
	修学旅行予定日	年 月 日（ ）～ 月 日（ ） 【自主研修予定日 月 日（ ）】
	希望部数	部
2	学校名	(ご担当者名： )
	ご住所	〒
	TEL/FAX	TEL： FAX：
	生徒数（班数）	名（ 班） 同行する先生 名
	修学旅行予定日	年 月 日（ ）～ 月 日（ ） 【自主研修予定日 月 日（ ）】
	希望部数	部
3	学校名	(ご担当者名： )
	ご住所	〒
	TEL/FAX	TEL： FAX：
	生徒数（班数）	名（ 班） 同行する先生 名
	修学旅行予定日	年 月 日（ ）～ 月 日（ ） 【自主研修予定日 月 日（ ）】
	希望部数	部
4	学校名	(ご担当者名： )
	ご住所	〒
	TEL/FAX	TEL： FAX：
	生徒数（班数）	名（ 班） 同行する先生 名
	修学旅行予定日	年 月 日（ ）～ 月 日（ ） 【自主研修予定日 月 日（ ）】
	希望部数	部
5	学校名	(ご担当者名： )
	ご住所	〒
	TEL/FAX	TEL： FAX：
	生徒数（班数）	名（ 班） 同行する先生 名
	修学旅行予定日	年 月 日（ ）～ 月 日（ ） 【自主研修予定日 月 日（ ）】
	希望部数	部