



Dr. Hauschka  
Kosmetik

FAX No.03-5740-6433

## Dr.ハウシュカ視察ツアー お申し込み用紙

お名前

---

ご住所 〒

---

日中つながるお電話番号

携帯電話

---

eメール

FAX

---

パスポート番号

---

1人部屋のご希望 (別途4万5千円必要です)

希望する

希望しない ※旅行中の変更はできませんのでご注意ください。

---

食品アレルギー

ない

ある (※アレルギーの食品名： )

※アレルギー以外でも召し上がれない食品がある場合は明記下さい。

---

その他

---