





ごあいさつ

春暖の候、会員の皆様にはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。  
さて、昭和51年より開始しましたハワイ研修も皆様のご支持を賜り、今回で42回目を迎えることになりました。

米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、常夏の島ハワイにおいて会員の皆様の交流をさらに深めていただく企画も用意させていただきました。

研修旅行共々、貴院の医師、看護師等医療従事者の研修、福利厚生、及び永年勤続者表彰等にご利用いただければ幸いです。

平成30年4月  
公益社団法人全日本病院協会  
会長 猪口 雄二

## 募集要項・ご旅行条件

- **旅行期間** 2018年10月31日(水)～11月5日(月) 6日間
- **旅行費用** 成田発着／246,000円(旅行代金233,400円+燃油サーチャージ12,600円)  
関空発着／257,500円(旅行代金245,500円+燃油サーチャージ12,000円)  
福岡発着／247,500円(旅行代金235,500円+燃油サーチャージ12,000円)  
上記燃油サーチャージの基準日：2018年4月1日
- **研修費用** [懇談会(夕食付き)、セミナー・病院視察(昼食付き)]旅行代金に含む
- **募集人数** 成田発着／60名 関西発着／20名 福岡発着／20名
- **最少催行人数** 成田発着／35名 関西発着／15名 福岡発着／15名
- **応募締切日** 2018年7月31日(火) (各コース定員になり次第締め切ります。)
- **添乗員** 同行します。
- **利用予定日本発着航空会社** 日本航空、全日空、デルタ航空、ハワイアン航空
- **利用予定ホテル** ハイアットリージェンシー ワイキキビーチ リゾート アンド スパ

※この旅行には有効期限が帰国日まで有効なIC旅券が必要です。現在お持ちの旅券が今回の旅行に有効かどうかの確認ならびに旅券取得はお客様の責任で行なってください。(日本国籍以外の方は自国・渡航先国の領事館、入国管理事務所にお問合せ下さい。)

※米国にビザなしで入国する場合、ESTA(電子渡航認証システム)の取得が必要です。  
詳しくは<https://esta.cbp.dhs.gov/>をご確認ください。

## 旅行代金に含まれるもの

- 航空運賃：日程表に記された航空運賃(団体包括エコノミークラス)
- 宿泊料金：2名様1室利用(バス・トイレ付き ツインルーム利用)
- 食事料金：朝食0回・昼食2回・夕食1回 ※機内食は含みません
- 送迎料金：専用バス及び日本語アシスタント料金
- 団体行動中のチップ・税金並びにサービス料
- 旅のしおり等作成費用
- 日本各地空港税
- 米国空港税
- 添乗員経費

旅行代金算出基準日：2018年4月2日

## 旅行代金に含まれないもの

- 超過手荷物料金(航空会社の規定を超える場合)
- クリーニング代、電話代、ミニバー代等の個人的性格費用
- 旅券印紙代・証紙代(5年間有効旅券11,000円、10年間有効旅券16,000円)
- 任意の海外旅行保険料
- 日本国内における交通費
- オプションルツアー代金
- 燃油サーチャージ
- ESTA申請費用(\$14)・取得手数料(4,320円)
- その他、旅程に含まれない一切の費用

## 追加旅行代金

お一人様部屋利用代金(4泊分95,000円)  
アーリーチェックイン費用(お一人様40,000円)  
延泊料金(1泊お一人様40,000円)  
オーシャンビュー(海が見えるお部屋)指定差額代金(お一人様20,000円)  
デラックスオーシャンビュー指定差額代金(お一人様48,000円)  
※相部屋はお受けしておりませんので、1名、3名のような奇数人数で  
ご参加の場合、ツインとシングル(追加料金有)またはトリプル利用(差額なし)となります。  
※ビジネスクラスをご希望の方には別途料金をお知らせいたします。(但し、ご希望に添えない場合もございます。)

# 日程表

| 日次                 | 月日       | 発着地/滞在地名          | 現地時間               | 交通機関                  | 摘要  | 食事          |
|--------------------|----------|-------------------|--------------------|-----------------------|---|-------------|
| 1                  | 10/31(水) | 成田/関西/福岡<br>ホノルル着 | 夜<br>午前15:00頃<br>夜 | JL/NH<br>DL/HA<br>専用車 | 各空港ご集合<br>空路、ホノルルへ<br><国際日付変更線通過><br>到着。通関後、市内観光と昼食<br>ホテルへ<br>*ホテル到着後、お部屋へご案内いたします。<br>夕食懇談会 | 機<br>昼<br>夕 |
| <b>ハロウィンパレード開催</b> |          |                   |                    |                       |   |             |
| 【ホノルル泊】            |          |                   |                    |                       |   |             |
| 2                  | 11/1(木)  | ホノルル              | 午前<br>午後夜          |                       | 【研修】<br>・現地日本人ドクター、現地看護師によるセミナー(予定)<br>*ホテル内バンケットにて<br><br>病院・福祉施設の現場視察<br>自由行動               | ×<br>昼<br>× |
| 【ホノルル泊】            |          |                   |                    |                       |   |             |
| 3                  | 11/2(金)  | ホノルル              | 終日                 |                       | 終日、自由行動   | ×<br>×<br>× |
| 【ホノルル泊】            |          |                   |                    |                       |   |             |
| 4                  | 11/3(土)  | ホノルル              | 終日                 |                       | 終日、自由行動   | ×<br>×<br>× |
| 【ホノルル泊】            |          |                   |                    |                       |   |             |
| 5                  | 11/4(日)  | ホノルル発             | 午前午後               | 専用車<br>JL/NH<br>DL/HA | 出発まで自由行動<br>専用車にて空港へ<br>空路、帰国の途へ  | ×<br>機      |
| 【機内泊】              |          |                   |                    |                       |   |             |
| 6                  | 11/5(月)  | 成田/関西/福岡          | 夕刻                 |                       | 入国・通関手続き後、解散となります<br>お疲れ様でした  | 機           |

※発着日時及び交通機関は変更になる場合があります。 ※利用予定航空会社：JL=日本航空、NH=全日空、DL=デルタ航空、HA=ハワイアン航空  
時間の目安 ※マーク・記号の説明：昼=昼食、夕=夕食、機=機内食、×=食事なし

| 朝    | 午前   | 午後    | 夕刻    | 夜     |       |
|------|------|-------|-------|-------|-------|
| 6:00 | 8:00 | 12:00 | 16:00 | 18:00 | 23:00 |

# 参加申込要項

申込方法 別紙申込書に所定事項をご記入の上、ファックス又はご郵送にてお申込みください。

申込先 東武トップツアーズ株式会社 東京法人西事業部  
〒102-0075東京都千代田区三番町5-7 精糖会館4階  
TEL：03-5212-7103 FAX：03-5212-7096  
担当：守屋・大手

申込金 お一人様30,000円(後日、旅行代金に充当させていただきます。)  
申込締切後、申込金のご請求をさせていただきます。  
尚、申込金のお振込み確認をもって正式な旅行契約とさせていただきます。

振込先 三井住友銀行 首都圏支店  
普通預金 No.2699741  
口座名 東武トップツアーズ(株)東京法人西事業部  
※尚、振込手数料はお客様にてご負担願います。

申込締切日 2018年7月31日(火)  
お申し込みは、先着順とさせていただきます定員になり次第締切らせていただきます。  
尚、パスポートをお持ちでない場合は、お早めに各都道府県の旅券申請窓口にて申請手続きをお済ませ下さいますようお願い申し上げます。

# 公益社団法人全日本病院協会 第42回ハワイ研修旅行 参加申込書

【FAX: 03-5212-7096】

<お申込日: 平成 30 年 月 日>

東武トップツアーズ株式会社 御中

別紙パンフレットに記載の旅行条件及び旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関等その他への個人情報の提供について同意の上、以下の旅行に申込みます。

★パスポートをすでにお持ちの方は、コピー(顔写真のページ)をファックス又はご郵送にてお送りください。

★パスポートをこれから申請或いは申請中の方は、受領されましたらコピー(顔写真のページ)をお送りください。

|                |               |   |         |   |  |
|----------------|---------------|---|---------|---|--|
| フリガナ           |               |   |         | ローマ字(パスポート表記名)  |  |
| 氏名             |               |   |         | <input type="checkbox"/> M/MALE(男性) <input type="checkbox"/> F/FEMALE(女性) |  |
| 生年月日           | 昭和・平成<br>(西暦) | 年   | 月       | 日   | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 日本国籍<br><input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 外国国籍 |
| フリガナ           |               |   |         | 電話番号  |  |
| 現住所            | 〒             |   |         | ( ) -   |  |
| FAX            | ( ) -         | Eメールアドレス  |         |   |  |
| ご旅行中の<br>国内連絡先 | 〒             |   |         | 電話番号  |  |
|                | お名前           |   | ご本人との関係 |   | ( ) -  |
| 勤務先            | フリガナ          |   |         | 電話番号  | ( ) -  |
|                | 漢字            |   |         | *平日 9:15~17:00 の連絡先をご記入ください   |  |
|                | フリガナ          |   |         | FAX 番号  | ( ) -  |
|                | 所在地           | 〒   |         |   |  |
| 所属部署           | 役職            |   |         |   |  |
| ご連絡担当者について     |               | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 担当者:   |         | 様   |  |
|                |               | 連絡先 ( ) -   |         |   |  |
| 請求書の宛先について     |               | <input type="checkbox"/> 勤務先一括 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> ご希望の宛先:   |         |   |  |
| ご職業区分          |               | <input type="checkbox"/> 理事長・院長 <input type="checkbox"/> 勤務医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士<br><input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ご家族・同伴者 (どなたの? ) 様 |         |   |  |

◆下記の希望欄には必ずレ(チェック)を記入してください

|   |  |     |  |
|---|--|-----|--|
| 航空機<br>クラス&座席   | <input type="checkbox"/> エコノミークラス (基本)<br><input type="checkbox"/> ビジネスクラス ⇒ <input type="checkbox"/> 通路側 <input type="checkbox"/> 窓側<br><small>(料金は別途お知らせします)</small><br>※ファーストクラスの設定はございません  | 出発地 | <input type="checkbox"/> 成田発<br><input type="checkbox"/> 関空発<br><input type="checkbox"/> 福岡発 |
| 部屋割希望<br><small>(2人部屋が基本となります)</small>  | <input type="checkbox"/> シングル 95,000円 <input type="checkbox"/> ツイン (基本) <input type="checkbox"/> トリプル <ご旅行代金は変わりません>   |     |  |
|   | 同室希望者名   |     |  |
| ・ホテルアーリーチェックイン    お1人様 / 40,000円<br>・1泊延長    お1人様 / 40,000円<br>・オーシャンビュー(海が見えるお部屋)    お1人様 / 20,000円<br>・デラックス オーシャンビュー    お1人様 / 48,000円 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |     |  |
| ※お申込みを承ってからご手配します。ご希望に添えない場合はご容赦ください。   |  |     |  |

備考欄