

2017年7月 パトモスチームのご案内

【日程】2017年7月11日(火)～20日(木)の日程で、パトモスチームが遣わされます。
航空会社はルフトハンザドイツ航空となり、この派遣はどなたでもご参加いただけます。

【派遣費用について】

◆飛行機代: 羽田発着便 ルフトハンザドイツ航空 おひとり様 18万5千円(税込み)です。
航空料金は、変動がある為、确实のお申込みの方にはその都度旅行社へ確認のうえご連絡させていただきます。
高くなる可能性がございますので、确实な方はお早目のお申込みをどうぞよろしくお願いいたします。
フライト・スケジュール: 7月11日(火)羽田発 12:35、7月20日(木)羽田着10:50

◆現地ツアー代: ご参加される人数によって決まり次第掲載させていただきます。

◆申込金と申し込み方法

申込金大人1万円を、ぱるる口座に振り込んでいただくか、ミッション・ヨーロッパ部門スタッフ(榊)に直接手渡ししてお支払いの上、下記の申込書に記入し、ヨーロッパ部門へメール・FAX・手渡しでご提出ください。

ご注意: 申込金の返金は致しませんのでご注意ください。但し、参加できない場合は他の方に移行することは出来ません。申込書の提出と申込金のお支払いが確認された時点で、申込み受付となります。

<申込金と保険料の振込先> ゆうちよ銀行 ぱるる口座 記号 10050 番号 90954361

聖所から流れ出る水ミッション

【海外旅行保険について】

2014年12月より年齢別保険料が廃止されました。

* 派遣に参加される方は、全員、必ず、海外旅行保険にご加入ください。

海外での治療・入院のためには、最低1,000万円の補償が必要です。

★事例(AIU調べ): ロサンゼルスで盲腸手術1日入院→約194万円、交通事故手術・2週間入院→約900万円

保険料: 8,550円(全年齢)

内容: 傷害死亡保険(500万円)、傷害後遺障害保険(500万円)、疾病死亡保険(500万円)、治療・救援費用保険(3,000万円)、賠償責任保険(1億円)、携行品損害保険(10万円)、テロ等対応費用(10万円)

緊急歯科治療費用補償特約

注)上記の保険ですと、派遣前からの持病が現地で発症した場合、保険は全くおりず、全額自費となります。

※持病のある方々へ: 派遣前に既にかかっている病気に起因して治療・入院となった場合、応急治療費が300万円までおける保険パッケージがあります。この場合、保険料: 15,400円です。ご希望される方は、ミッションまでその旨をご連絡ください。* 告知義務について: 現在病気にかかっている方は、申込書の該当欄にご記入ください。保険会社に事前告知義務があります。* 派遣ご参加に際しては、かかりつけの医師に十分ご相談の上お決めください。

<派遣の申し込み、お問い合わせは>

〒166-0002 東京都杉並区高円寺北 2-15-1 金田ビル 402

聖所から流れ出る水ミッション・ヨーロッパ部門 TEL 03-3339-0588 / FAX 03-3339-0587

ヨーロッパ部門メールアドレス wfsm_europe@msn.com

【派遣参加にあたっての注意事項】

*派遣前に9食の断食祈禱をもって祈り備えてください。

*パスポートの有効期限は、半年以上必要です。有効期間満了日が2018年1月以前のパスポートをお持ちの方は至急、新規にパスポート申請をし、ミッションまでパスポート番号などをお知らせください。

*この派遣への参加は、どなたでもご参加できます。

聖所から流れ出る水ミッション 2017年7月 バトモスチーム申込書

申込日 月 日

ふりがな		所属教会名	
お名前			
パスポート記載の漢字名		性別	男 / 女
パスポート記載のローマ字名(正確に)		生年月日 西暦と 昭和・平成で	年 月 日 (昭和/平成 年)
パスポート番号 (正確に)		年齢(派遣出発日の)	歳
パスポート発行年月日	年 月 日	パスポート有効満了日	年 月 日
※ご連絡先ですが、緊急時に備えて、なるべく携帯番号と携帯メールアドレスもご記入よろしくお願ひいたします。 ご住所 〒		TEL(自宅)	
		TEL(携帯)	
		FAX	
		E-mail (自宅)	
		E-mail (携帯)	
こちらから使用可能なE-mail アドレス		日本以外の国籍であればご記入ください	
海外保険の加入について 派遣に参加される方は基本的に、全員、ミッションをととしての海外旅行保険にお入りください。 ☆保険料 8,550 円、現在病気にかかっている方は必ず告知してください。 旅行前にすでにかかっている病気に起因して治療・入院となった場合は、保険はおりません。 ★保険料15,400 円 派遣ご参加に際しては、かかりつけの医師に十分ご相談の上お決めください。		<告知欄> 病名:	
◆国内線を希望される方は日付と乗降地をご記入下さい。 行き 7月11日(火) ()→(羽田) 帰り 7月20日(木) (羽田)→()			
申込時点で、今回の派遣参加は (いずれかに印をつけてください。)			
確実です / 信仰です			

◆振込みの連絡票◆ 振込人のお名前: _____

申込人のお名前: _____

申込金 : 大人(10,000 円) × () 名 =

保険料 : 8,550 円 × () 名

振込(予定)日 / _____ 合計金額 ¥ _____