

※ 見学希望日の1週間前までにお申し込みください。
 ※ 旅行代理店様からのお申し込みは受け付けておりません。
 ※ ★の項目はご記入必須項目です。

ご記入日 年 月 日

1★	見学希望日	年 月 日 曜日 <small>※見学希望日の1週間前までにお申し込みください。 例：5月21日金曜日のご予約は5月31日木曜日に締め切ります。</small>
2★	見学希望時間	<input type="checkbox"/> 9:30～ <input type="checkbox"/> 11:00～ <input type="checkbox"/> 13:30～ <small>※選べる時間は3種類のみとなっております。 ※学校の団体様は左記お時間以外の場合は要相談。</small>
3★	交通手段	※駐車場の準備の都合がございますので、必ず台数をご記入ください。 バス () 台 自家用車 () 台 その他 ()
4★	見学者人数	※2名～30名のグループ 小学生以上対象 (学校の団体様で30名を超える場合は要相談。ご希望人数をご記入ください。カルビーからご連絡を差し上げます。) 計 () 名 内、小学生 () 名 中学生 () 名
5★	お申し込み団体名	(ふりがな) <small>※ 個人でお申し込みの場合はお申し込み者名をご記入ください。 ※ 旅行代理店様からのお申し込みは受け付けておりません。</small>
6★	お申込み者名	(ふりがな)
7★	ご住所	〒
8★	電話番号	※担当者より確認のお電話を差し上げる場合がございます。日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。
9★	FAX番号	
10	メールアドレス	※携帯電話のアドレスは受付けていません。パソコンのアドレスをご記入ください。
11★	見学目的	<input type="checkbox"/> 社会見学 <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> その他 ()
12★	食物アレルギーについて	弊社商品の試食がございます。食物アレルギーをお持ちの方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」にチェックをつけた方は該当するアレルゲンをご記入ください。
13	ご希望・連絡事項	

【個人情報の取り扱いについて】

いただいた団体名・代表者名・住所・電話番号等の個人情報は、工場見学に関する問い合わせや見学実施の準備、実施記録としての目的以外に利用することはありません。

受付担当

〒 066-8567 北海道千歳市北信濃779-4
 カルビー株式会社 千歳工場 担当：鈴木、唐木
 TEL 0123-26-3822

FAX 送信先 0123-23-5564

※FAX送信だけでは、予約は完了していません。担当者から確認のご連絡をさせていただきます。