

記入日 年 月 日

『JALカード会員限定 取消料安心サポート』申請書

株式会社 ジャルパック 行

『JALカード会員限定 取消料安心サポート』プラン適用に際し、必要な範囲内でジャルパックに個人情報を提供することに同意のうえ申し込みます。

(診断日が取消料発生期間内である「医師の診断書」または「お取消事由の証明書」と合わせてご提出ください)

<お客さま記入欄>

■取り消しされたツアーに関する情報

出発日： 年 月 日

コース番号： JA

コース名：

予約照会番号/取扱番号：

取消日： 年 月 日

取消理由：

■お客さまに関する情報

ご本人様

JALカード加入状況

JALマイレージバンクお得意様番号

※いずれかにチェックください

※JALカードのクレジット番号は記載不要

氏名：

JALカード会員 非会員

同行者様 (取り消しされた方のみ)

氏名：

JALカード会員 非会員

氏名：

JALカード会員 非会員

氏名：

JALカード会員 非会員

氏名：

JALカード会員 非会員

氏名：

JALカード会員 非会員

お客さまご連絡先 (目録の送付先)

住所：

お名前：

電話番号：

※申請書を受理してから約1~2週間後を目安に、取消料相当分 (お一人様あたり最大20万円まで) の利用目録をお送りいたします。

お客さまご署名

<ジャルパック記入欄>

1) 申請受理日： 年 月 受理者：

2) 『取消料安心サポート』次回充当金額

円	x	名	計	円
円	x	名	計	円
円	x	名	計	円
円	x	名	計	円

『取消料安心サポート』総額

円 予約照会番号