

『お子さま（12歳未満）の病気・ケガによる取消料免除』申請書

株式会社ジャルパック 行

今般、『お子さまの病気・ケガによる取消料免除申請』の適用に際し、
必要な範囲内で株式会社ジャルパックへ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」と併せてご提出ください）

<お客さまご記入欄>

■お取り消し済みツアーに関する情報

出発日： 年 月 日

コース番号：

予約番号／取扱番号：

(JAL海外ダイナミックパッケージのお客さまは不要)

取消日： 年 月 日

取消理由：12歳未満（こども・キッズ・幼児代金利用）の同行者に病気・ケガに関する医師の診断があったため

■お客さまに関する情報

代表者様（ふりがな）

氏名：

同行者様（取り消しされた方のみ）

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

◆ご返金方法につきまして

原則として旅行代金をお支払いいただいた同じ方法にてご返金いたします。

※クレジットカードご利用のお客さまについては、ご利用になったクレジットカード会社よりご返金いたします。

※銀行振込利用のお客さまについては、ご希望のお振込先をご記入ください。

※「JAL旅行券」にてお支払いのお客さまについては、返送先のご住所をご明記ください。

（「マイル」「JALクーポン」にてお支払いいただいた分の払い戻しはできませんのでご了承ください。）

※お支払いに**銀行振込**をご利用になられたお客さまのみご記入ください。

金融機関名（カタカナ）

銀行

支店

口座種類・口座番号

（口座種類）

（口座番号）

口座名（カタカナ）

※お支払いに「JAL旅行券」をご利用のお客さまのみご記入ください。

お名前：

ご連絡先電話番号：

ご住所：

※申請書・診断書を受理してから約1～2週間後を目安に、取消料のご返金手続きを開始
いたします。 ご了承いただけましたらご署名をお願いいたします。クレジットカード
へのご返金の場合、詳しいご返金時期につきましてはご利用のクレジットカード会社へ
お問い合わせいただきますようお願いいたします。

ご署名欄

<ジャルパック記入欄>

1) 申請受理日： 年 月 日

受理者：

2) 『お子さまの病気・ケガによる取消料免除申請』総額

円 予約照会番号