

< FAX 用 >

JAL ファミリークラブ会員のための

中国医療サポート 資料請求 A4 用紙

JAL ファミリークラブ保険事務局 宛

資料請求を受領後、パンフレットと申込書を JAL ファミリークラブ保険事務局よりご送付致します。

FAX (東京) 03-5460-6356

この画面を A4 用紙にプリントアウトし、必要事項をご記入の上
上記まで FAX にてお送り下さい。

送信日	年	月	日
-----	---	---	---

NAME	
氏 名	
e-Mail Address	
ご出発日	年 月 日
対象地区	中 国 (香港を除く)
資料送付先	〒 FAX. TEL.
JAL ファミリークラブ ご入会済み	YES ・ NO
JAL カードクレジットカード ご入会済み (円決済)	YES ・ NO

株式会社 JALUX JAL ファミリークラブ保険事務局宛

JAL ファミリークラブ会員のための特典!!!

JMB ボーナスマイルが一世帯につき

新規入会時 1,000 マイル

契約更新時 500 マイル

JAL ファミリークラブ 保険事務局はお客様の個人情報を上記ご希望にお応えする目的以外では利用いたしません