

# Medical Oxygen Tank Rental Application

(医療酸素レンタル依頼書)

申込先 : **Micronesia Assistance Inc.**

Suite 312, GITC Building, 590 South Marine Drive, Tamuning , Guam 96913

TEL: +1-671-649-8147

FAX: +1-671-649-8140

E-mail: maikuba@guam.net

**※漢字のお名前以外は英文でご記入ください**

NAME (ローマ字)	SIR NAME GIVEN NAME	Date of Birth: ____ / ____ / ____ 生年月日 (月/日/西暦)	
氏名 (漢字)		Male / Female 性別	Age: 年齢
ADDRESS: 〒 住所		TEL No: 電話番号	
E-Mail: メールアドレス		FAX No: ファックス番号	
Date of Arrival: グアム到着日 ____ / ____ / ____ (月/日/西暦)		Flight: 便名	
Time of Arrival: 到着時間 ____ : ____ AM / PM		Tour Agent: 旅行会社名	
HOTEL: 宿泊先		Room #: 部屋番号	
Date of Departure: グアム出発日 ____ / ____ / ____ (月/日/西暦)		Flight: 便名	
Delivery Date: 配達希望日 ____ / ____ / ____ (月/日/西暦)		Time: 配達希望時刻 ____ : ____ AM / PM	
Place: 引渡し場所 _____			
Pick-up Date : 回収希望日 ____ / ____ / ____ (月/日/西暦)		Time: 回収希望時刻 ____ : ____ AM / PM	
Place: 引渡し場所 _____			
Remarks: 備考欄			
<p>予約代行手数料 \$ 120.00は最寄の郵便局からドル立て為替を上記あてに郵送ください。</p>			