

平成 29 年度地域支援セミナー参加・宿泊等申込書

(枚中 枚)

※ 全ての項目にご案内を確認の上、もれなくご記入、レ印、又は○印をお付けください。

都道府県		会員区分	<input type="checkbox"/> 会員・準会員 (日本知的障害者福祉協会に所属する施設・事業所) <input type="checkbox"/> 非会員 (会員・準会員以外の施設・事業所)			
連絡担当者		施設・事業所名				
施設所在地 (参加券送付先)	〒 _____		※郵便番号・住所は正確にご記入ください			
TEL:		FAX:				
フリガナ	役職名	分科会 ○印をお付けください	ホテル 記号	希望宿泊日	禁煙 希望	交流会 (20日)
参加者氏名		・第1分科会 ・第2分科会 ・第3分科会	A1 A2 . B1	11月 _____ 日 より _____ 泊	禁煙 ・ 喫煙	希望 ・ 不要
		・第1分科会 ・第2分科会 ・第3分科会	A1 A2 . B1	11月 _____ 日 より _____ 泊	禁煙 ・ 喫煙	希望 ・ 不要
参加費用	_____ 円	× _____ 名		= _____ 円		
宿泊費用	_____ 円	× _____ 名	× _____ 泊	= _____ 円		
交流会費用	7,000円	× _____ 名		= _____ 円		
合計費用	_____ 円					
備考欄	※宿泊にてツインルーム (A2) お申込みの方は同室希望者氏名・施設名をご記入ください。 ※内容に変更・取消が発生した場合は、その旨こちらにご記入の上再度FAXにてお送りください。					

※ 3名様以上参加ご希望の場合は、コピーをお取りいただき、ご使用ください。その際、用紙右上に申込枚数をご記入ください。

※ 本申込書に記載の都道府県・施設名・役職・氏名が本大会の資料に掲載されることを予めご了承の上、お申込みください。

※ 変更・取消の場合は、上記上書き訂正の上、その旨備考欄にご記入いただきまして、再度FAXをお送りください。

C

【問合せ先】

<セミナー内容について>

公益財団法人 日本知的障害者福祉協会 事務局 (担当：山本・三浦)
〒105-0013 東京都港区浜松町 2-7-19 KDX浜松町ビル 6階
TEL：03-3438-0466

<申込先 (参加・宿泊) について> 名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店 (担当：^{しもえだ}下枝・^{やまへ}山辺)

〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル ロビー階
TEL：03-3595-1121 FAX：03-3595-1119

※営業時間：平日 9：30～17：30 土・日・祝日は休業

お申込締切日：平成 29 年 11 月 6 日 (月) (定員になり次第、締め切りになります)

※名鉄観光記入欄 (FAXにてお申込後、3 営業日以内に下記口に入力、ご返信させていただきます)

- お申込みをお受けいたしました。
- ホテル満室のため、調整後、ご連絡させていただきます。
- その他 (_____)