

平成 29 年度日中活動支援部会全国大会参加・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、し印、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 参加者氏名 | 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 | 懇親会 (12日) |
| | | ・第1分科会 ・第2分科会 ・第3分科会 | A1 A2 . B1 | 12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 | 12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 | _____ 8,500 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。

A

【問合せ先】

<大会内容について>

公益財団法人 日本知的障害者福祉協会 事務局 (担当：古屋(誠)・三浦・山本)
〒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：下枝^{しもえだ}・山辺^{やまべ})〒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 21 日 (火) (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し、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 ()