

# 平成29年度 第6回障害者施設支援部会全国大会（四国地区高知大会）【参加申込書】

申込日 平成29年 月 日

送信先：東武トップツアーズ（株）高知支店 FAX088-825-0170

◎旅行手配に必要な範囲内での大会事務局・宿泊施設等に個人情報の提供について同意のうえ、以下の通り申込みます

都道府県	都府県	会員・非会員 ○印をお付けください	会員・非会員	住所 (参加券等送付先)	〒	-
所属 (施設名)				申込者 (代表者)	電話	( )
					FAX	( )
					eメール	

No.	参加者氏名	性別	職名	A大会参加費 会員13,000円 非会員15,000円	B情報交換会 1月29日(月) 9,000円	C 宿泊申込						禁煙・喫煙	備考(同室希望者名) ※当日会場で介助等(車椅子・手話等)必要な場合はこちらに記入ください
						1月28日(日)・前泊		1月29日(月)・当日		1月30日(火)・後泊			
						第1希望	第2希望	第1希望	第2希望	第1希望	第2希望		
例	トウブ タロウ 東武 太郎	男	施設長	13,000円	○	1S	4S	1S	4S	1S	4S	禁煙 喫煙	車椅子利用(本人)
1												禁煙 喫煙	
2												禁煙 喫煙	
3												禁煙 喫煙	

【通信欄】

### お申込み・お問合せ先

東武トップツアーズ（株）高知支店  
〒780-0822高知県高知市はりまや町2-2-11富士火災高知ビル7F  
TEL：088-875-2171/FAX：088-825-0170  
営業時間：平日9：00～18：00（土・日・祝休み） 担当：森本・門屋（かどや）

### 《東武トップツアーズ 回答欄》

申込を受付けました  
 ホテル第 希望で受付けました  
 定員に達した為、受付出来ません  
 ホテル満室の為、調整の上ご連絡いたします。

### 受付番号

受付番号
------

受付日：  
変更日：  
取消日：

[ご提供いただいた個人情報を本研修会の目的以外の用途に他へ提供及び預託はいたしません。]

- ◆参加券・ご請求書送付予定は1月15日頃になります。
- ◆3名以上申込の際はコピーをしてご利用ください。
- ◆必ず北印をお取のうえ、申込書の控えとしてください。
- ◆宿泊の禁煙・喫煙は数に限りがございますのでご希望に添えない場合がございます。
- ◆申込後の変更につきましては、弊社より回答の申込書を利用し、見え消し修正後、FAXをお送りください。お電話での変更は受けかねますのでご了承ください。