

平成 29 年度相談支援・就業支援セミナー参加・宿泊等申込書

開催日【平成 29 年 10 月 16 日（月）～17 日（火）】

（ 枚中 枚）

※ 全ての項目にご案内を確認の上、もれなくご記入又は○印をお付けください。

都道府県		施設名				
連絡担当者						
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 (16日)
参加者氏名						
		・第1分科会 ・第2分科会 ・第3分科会	A1 A2 . B1	10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	10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	_____ 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・氏名が本セミナー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。

【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：古屋・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：^{しちみだ}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 10 月 2 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営業日以内に下記欄にvを入れ、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（ _____ ）