

平成 29 年度リスクマネジャー養成研修会 参加・宿泊申込書

(枚中 枚)

※ 全ての項目にご案内を確認の上、もれなくご記入又は○印をお付けください。

都道府県		施設 事業所名	
連絡担当者			
施設 所在地 (参加券 送付先)	〒 _____ ※参加券の送付先になりますので、郵便番号・住所は正確にご記入ください TEL: _____ FAX: _____		
フリガナ	性別	職名	希望宿泊日
参加者氏名	男 ・ 女		11月 _____ 日より _____ 泊
	男 ・ 女		11月 _____ 日より _____ 泊
禁煙 希望			禁煙 ・ 喫煙
禁煙 希望			禁煙 ・ 喫煙
会員区分 該当□にV印をお付け ください	<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)・・・35,000 円 <input type="checkbox"/> 非会員 (会員・準会員以外の施設・事業所)・・・40,000 円		
①参加費用 _____ 円 × _____ 名 = _____ 円	合計 (①+②)		
②宿泊費用 _____ 12,000 円 × _____ 名 × _____ 泊 = _____ 円			_____ 円
備考欄	※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。

※ 参加のみのお申込の方も参加者氏名・職名までご記入いただきまして、お申込ください。

※ 本申込書に記載の都道府県・施設名・職名・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】

<研修内容について>

公益財団法人 日本知的障害者福祉協会 事務局 (担当: 水内・古屋)
〒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・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 16 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□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 ()