

平成30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 参加者氏名	性別	職名	希望宿泊日	禁煙 希望
	男 ・ 女		<u>12</u> 月 _____ 日より _____ 泊	禁煙 ・ 喫煙
	男 ・ 女		<u>12</u> 月 _____ 日より _____ 泊	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)・・・34,000円 <input type="checkbox"/> 一般 (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 <u>12,500</u> 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 MICE センター (担当: 下枝^{しもえだ}・柴田)

〒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30年10月12日(金)(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 (_____)