

## 令和元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		12月 _____ 日より _____ 泊
	男 ・ 女		12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)・・・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 _____ 12,800 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。

※ 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】

## &lt;研修内容について&gt;

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)・水内)  
〒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: <sup>しもえだ</sup>下枝・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: 令和元年 10月 11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 営業日以内に下記口に v を入れ、ご返信させていただきます)	
<input type="checkbox"/> お申込みをお受けいたしました。	
<input type="checkbox"/> ホテル満室のため、調整後、ご連絡させていただきます。	
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	