

第 6 回 障 害 福 祉 経 営 セ ミ ナ ー 参 加 ・ 宿 泊 申 込 書

*参加・宿泊申込、所定欄にもれなくご記入下さい。

申込日 月 日

施設名・機関名						
都道府県名		連絡担当者名				
連絡先	(郵便番号)〒					
参加証送付先			TEL:			
			FAX:			
参加者氏名 <small>*カタカナでフリガナを記入して下さい</small>	性別	○印をして下さい(宿泊は、宿泊希望施設の申込記号をご記入下さい)				
	年齢	会員区分	職名	懇親会	宿泊日	申込記号
フリガナ)	男・女	会 員 ・ 非会員	法 人 理 事 長 法 人 役 員 施 設 長 ()	参 加 ・ 不参加	2/12	
	才				2/13	
					2/14	
フリガナ)	男・女	会 員 ・ 非会員	法 人 理 事 長 法 人 役 員 施 設 長 ()	参 加 ・ 不参加	2/12	
	才				2/13	
					2/14	
フリガナ)	男・女	会 員 ・ 非会員	法 人 理 事 長 法 人 役 員 施 設 長 ()	参 加 ・ 不参加	2/12	
	才				2/13	
					2/14	

*職名欄、その他の方は()内にご記入下さい。

*個人情報取扱に関する表記

チラシ記載の旅行条件及び旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関等への個人情報の提供について同意の上申します。

【個人情報の利用について】 当社では、ご記入いただいたお客様の個人情報を、会社及び会社と提携する企業の商品やサービス、キャンペーンのご案内、旅行に関するご案内等をお届けする為に利用させていただく場合がございます。情報の送付を希望されない場合は、下記欄内の「情報の送付を希望しない」にチェックをつけて下さい。

【回答記入欄(弊社記入)】 *ここから下は記入しないで下さい。

*お振込みの際は、右欄の「お振込み番号」をお振込み名の前につけて下さい。

*ご参加に伴う費用(下記の合計金額をお振込み下さい。)

お振込み番号

セミナー参加費	懇親会費	宿 泊 費	合 計 金 額
会 員 17,000 円 × 名	8,000 円 × 名	円 × 泊 × 名	
非会員 25,000 円 × 名			
合計: 円	合計: 円	合計: 円	円

【通信欄】

	弊社受付担当
--	--------

申込先 FAX: 03-3225-1009 担当: 田口真佐子・舟木健一郎