

平成21年度 全国知的障害関係施設長会議 参加申込書

(A4 サイズでコピーして使用して下さい)

①参加・宿泊申込、所定欄にもれなくご記入下さい。

申込日 月 日

都道府県名			施設・事業所名		
連絡先 参加証送付先	(郵便番号) 〒				
	TEL: 携帯:		FAX:		
参加者氏名 カタカナで振り仮名を振って下さい。	会員区分 (○で囲んで下さい)	参加者区分 (○で囲んで下さい)	参加希望分科会 (第1希望、第2希望を○で囲んで下さい)		
フリガナ	会員・準会員 ・ 非会員	1・2・3・ 4()	第1希望	第1・第2・第3・第4・第5	
		下記欄外参照	第2希望	第1・第2・第3・第4・第5	
宿泊希望	申込記号	ホテル名 (希望ホテル名をご記入下さい)		宿泊日 (希望日を○で囲んで下さい)	
第1希望			5/24 (日)	5/25 (月)	5/26 (火)
第2希望			5/24 (日)	5/25 (月)	5/26 (火)

- ※参加者区分
- 知的障害関係施設・事業所の長・中堅幹部職員
 - 法人理事長
 - 地方自治体の担当者および関係者
 - その他(知的障害福祉に従事している方、また興味のある方など)
- ※カッコ内に詳細をご記入ください。

※宿泊希望 宿泊ホテルには、定員がございますので予めご了承下さい。

*ツインご希望の方は、同室者名をご記入下さい。	同室者名	
-------------------------	------	--

【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

参加費	宿泊費	合計金額
15,800円 25,000円	(円× 泊) = 円	円

【回答欄・通信欄】

お客様のご宿泊ホテルは、第1希望・第2希望にてご予約いたしました。	弊社受付担当

申込先:日本旅行 FAX:03-3592-0880 / 03-3593-0688 担当:田口・舟木