

平成25年度 全国知的障害関係施設長等会議 参加申込書

* 下記の「お客様の個人情報の取扱い」について同意のうえ、申込みます。

申込期限 : 5/10必着

参加・宿泊申込、所定欄にもれなくご記入下さい。(A4サイズでコピーして使用して下さい)

申込日 月 日

都道府県名	施設名・機関名		
連絡先 参加証送付先	(郵便番号) 〒 TEL : 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)
カガナ :	会員・準会員 ・ 非会員 -下記※1参照-	1・2・3・4 5 () -下記※2参照-	第1希望 第1・第2・第3・第4 第2希望 第1・第2・第3・第4
宿泊希望	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			6/3 (月) 6/4 (火) 6/5 (水)
第2希望			6/3 (月) 6/4 (火) 6/5 (水)
(備考欄) * 当日会場にて介助等(車椅子、手話等) 必要な場合、こちらにご記入下さい			

- ※1 会員区分 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)
非会員・当日参加者(会員・準会員施設以外の施設・事業所、地方自治体、その他等)
※会員であっても事前の申し込みがない場合は当日参加者とさせていただきます。
- ※2 参加者区分 ①障害福祉施設・事業所の長(施設長及び管理者) ②障害福祉施設・事業所の中堅幹部職員
③社会福祉法人等役員 ④地方自治体の担当者及び関係者 ⑤その他
- ※3 宿泊希望ホテルには、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
--------------------------	------

【お客様の個人情報の取扱】

- ①当社では、お客様からご提供いただいた個人情報を厳重に管理し、申込みいただきました宿泊の手配、チケットの発送、お客様との間の連絡及びセミナー主催者への提供ならびにこれらに付随する業務を行うために利用します。
- ②その他、当社の個人情報の取扱いにつきましては、当社ホームページ(<http://www.nta.co.jp>)をご参照下さい。
- ③個人情報の取扱いに関する問合せ先

株式会社日本旅行東京法人・コンベンション営業部(担当:和田尚孝) TEL03-5369-4515

* ここから下は記入しないで下さい。

【回答記入欄(弊社記入)】

- * 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。)

参加費	宿泊費	合計金額
	(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: 03-3225-1009 / TEL: 03-5369-4511 担当: 田口・西山