

平成 29 年 7 月 4 日(火)～5 日(水)開催

平成 29 年度全国知的障害関係施設長等会議 参加・宿泊申込書

申込締切日 平成 29 年5月31日(水)必着

申込書送信日		月	日
新規申込	内容変更	参加取消	

いずれかに○印をお付けください

都道府県		法人名		施設・事業所・機関名	
会員区分 該当□にV印を お付けください	<input type="checkbox"/> ①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)・・・15,000 円 <input type="checkbox"/> ②非会員(会員・準会員施設以外の施設・事業所、地方自治体、当日参加申込者、その他当日参加申込者)・・・20,000 円 ※申込み締切日【5/31(水)】以後は、全て上記②の当日申込と同様の扱いとなります。				
	施設・事業所 機関名・住所 参加券の 送付先になります		郵便番号 〒		※郵便番号・住所は正確にご記入ください。
住所		TEL:		FAX:	申込人数
申込担当者		様			

	フリガナ		参加者区分 下記☆印参照	参加希望分科会(7/5)		宿泊申込				禁煙 喫煙	同室者氏名 (ツインの場合)	
	参加者氏名			第 1 希望	第 2 希望	申込記号		宿泊希望日に○印をお付けください				
	フリガナ	氏名				第 1 希望	第 2 希望					
例	フリガナ	トウキョウ タロウ	①・②・③・④・⑤()	①・2 3・4	1・② 3・4	A2	B2	7/3 (月)	⑦/4 (火)	7/5 (水)	禁煙 喫煙	東京 花子
1	フリガナ	氏名	①・②・③・④ ⑤ ()	1・2 3・4	1・2 3・4			7/3 (月)	7/4 (火)	7/5 (水)	禁煙 喫煙	
2	フリガナ	氏名	①・②・③・④ ⑤ ()	1・2 3・4	1・2 3・4			7/3 (月)	7/4 (火)	7/5 (水)	禁煙 喫煙	
3	フリガナ	氏名	①・②・③・④ ⑤ ()	1・2 3・4	1・2 3・4			7/3 (月)	7/4 (火)	7/5 (水)	禁煙 喫煙	
備考欄		※当日会場にて介助等(車椅子利用・手話等)必要な方はこちらにご記入ください。										

☆参加者区分

①障害福祉施設・事業所の長 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

・参加希望分科会はできましたら第2希望までご記入ください。(第1希望と異なる分科会にてお願いします。)
 ・宿泊ホテル、禁煙・喫煙は先着順によりご希望にそえない場合がございます。ご了承ください。宿泊ホテル申込記号は第2希望までご記入ください。
 ・参加希望者が4名様以上の場合は、本申込書をコピーしてご利用ください。
 ・変更・取消のご連絡につきましては、本申込書を変更箇所がわかるよう訂正の上再度 FAX 送信をお願いします。お電話での変更・取消は致しかねます。
 【お客様の個人情報のお取扱】当社ではお客様からいただいた個人情報を厳重に管理し、お申し込みいただきました宿泊手配・案内書の発送・お客様との連絡及び会議主催者への提供、並びにこれらに付随する業務を行う為に利用します。
 その他当社の個人情報の取扱につきましては、当社ホームページ(<http://www.mwt.co.jp/>)をご参照ください。

<申込先>

名鉄観光サービス(株)新霞が関支店

〒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

FAX 03-3595-1119

電話 03-3595-1121

受付時間:月曜日～金曜日 9:30-17:30

(土日祝祭日休業)